"十二五"普通高等教育本科国家级规划教材

卫生部"十二五"规划教材

全国高等医药教材建设研究会"十二五"规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

医学心理学

Medical Psychology

第6版

主　编　姚树桥　杨彦春

副主编　杨艳杰　潘　芳　赵旭东

人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

网络增值服务

ONLINE SERVICES

“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

卫生部“十二五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材
全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

医学心理学

Medical Psychology

第6版

主 编 姚树桥 杨彦春

副主编 杨艳杰 潘 芳 赵旭东

编 者（以姓氏笔画为序）

王 伟（浙江大学医学院）
王高华（武汉大学人民医院）
方建群（宁夏医科大学）
冯 坤（清华大学医学院）
朱熊兆（中南大学湘雅二医院）
刘少文（汕头大学医学院）
关念红（中山大学医学院）
汤艳清（中国医科大学）
许秀峰（昆明医学院）
孙宏伟（潍坊医学院）
刘破资（清华大学医学院）
杜玉凤（承德医学院）
杨凤池（首都医科大学）
杨彦春（四川大学华西医院）
杨艳杰（哈尔滨医科大学）
吴大兴（中南大学湘雅二医院）
吴均林（华中科技大学同济医学院）
何金彩（温州医学院）
张 岚（四川大学华西医院）
赵旭东（同济大学医学院）
洪 炜（北京大学医学部）
姚树桥（中南大学湘雅医学院）
钱 明（天津医科大学）
唐峥华（广西医科大学）
傅文青（苏州大学医学院）
潘 芳（山东大学医学院）

学术秘书 吴大兴

人民卫生出版社

图书在版编目（CIP）数据

医学心理学/姚树桥，杨彦春主编．—6版．—北京：人民卫生出版社，2013

ISBN 978-7-117-17070-3

Ⅰ．①医…　Ⅱ．①姚…②杨…　Ⅲ．①医学心理学-医学院校-教材　Ⅳ．①R395.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2013）第 042924 号

医学心理学
第 6 版

主　　编：姚树桥　杨彦春
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）
地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编：100021
E - mail：pmph @ pmph.com
购书热线：010-59787592　010-59787584　010-65264830
印　　刷：三河市宏达印刷有限公司
经　　销：新华书店
开　　本：850×1168　1/16　　印张：17
字　　数：468 千字
版　　次：1991 年 4 月第 1 版　　2013 年 3 月第 6 版
　　　　　2013 年 3 月第 6 版第 1 次印刷（总第 51 次印刷）
标准书号：ISBN 978-7-117-17070-3/R · 17071
定　　价：39.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

全国高等学校五年制本科临床医学专业第八轮规划教材修订说明

全国高等学校五年制本科临床医学专业卫生部规划教材自1978年第一轮出版至今已有35年的历史。几十年来，在教育部、卫生部的领导和支持下，以裘法祖、吴阶平、吴孟超、陈灏珠等院士为代表的我国几代德高望重、有丰富的临床和教学经验、有高度责任感和敬业精神的国内外著名院士、专家、医学家、教育家参与了本套教材的创建和每一轮教材的修订工作，使我国的五年制本科临床医学教材从无到有，从少到多，从多到精，不断丰富、完善与创新，形成了课程门类齐全、学科系统优化、内容衔接合理、结构体系科学的由规划教材、配套教材、配套光盘、数字出版、网络增值服务组成的立体化教材格局。这套教材为我国千百万医学生的培养和成才提供了根本保障，为我国培养了一代又一代高水平、高素质的合格医学人才，为推动我国医疗卫生事业的改革和发展做出了历史性巨大贡献，并通过教材的创新建设和高质量发展，推动了我国高等医学本科教育的改革和发展，促进了我国医药学相关学科或领域的教材建设和教育发展，走出了一条适合中国医药学教育和卫生事业发展实际的具有中国特色医药学教材建设和发展的道路，创建了中国特色医药学教育教材建设模式。老一辈医学教育家和科学家们亲切地称这套教材是中国医学教育的“干细胞”教材。

本套第八轮教材修订启动之时，正是全球医学教育百年反思之际，更是我国医疗卫生体制改革和医学教育改革全方位深入推进之时，教育部、卫生部共同召开了全国医学教育改革工作会议，启动了“5+3”为主体的临床医学教育综合改革，形成了以医改推动教改，教改服务医改的历史发展格局。人民卫生出版社和全国高等医药教材建设研究会紧紧抓住医学教育综合改革的历史发展机遇期，以全国高等学校五年制本科临床医学专业第八轮规划教材全面启动为契机，以规划教材创新建设，全面推进国家级规划教材建设工作，服务于医改和教改。

第八轮教材的修订原则是积极贯彻落实教育部、卫生部关于实施临床医学教育综合改革的意见，努力优化人才培养结构，坚持以需求为导向，构建发展以“5+3”模式为主体的临床医学人才培养体系；改革课程体系、教学内容、教学方法和评价考核办法；将医德教育贯穿于医学教育的全过程，强化临床实践教学，采取多种措施，切实落实好“早临床、多临床、反复临床”的要求，提高医学生的临床实践能力。

在全国医学教育综合改革精神鼓舞下和老一辈医学家奉献精神的感召下，全国一大批临床教学、科研、医疗第一线的中青年专家、学者、教授继承和发扬了老一辈的优秀传统，以严谨治学的科学态度和无私奉献的敬业精神，积极参与第八轮教材的修订和建设工作，紧密结合五年制临床医学专业培养目标、高等医学教育教学改革的需要和医药卫生行业人才的需求，借鉴国内外医学教育教学的经验和成果，不断创新编写思路和编写模式，不断完善表现形式和内容，不断提升编写水平和质量，已逐渐将每一部教材打造成了学科精品教材，使第八轮全套教材更加成熟、完善和科学，从而构建了适合“5+3”为主体的医学教育综合改革需要和卓越临床医师培养需求的教材体系，推动了适合中国国情的五年制本科临床医学专业课程体系的建设。

本次修订和编写特点如下：

1. 教材编写修订工作是在教育部、卫生部的领导和支持下，按照“5+3”为主体的临床医学教育综合改革的时间表、路线图和施工图进行顶层设计，由全国高等医药教材建设研究会规划，全国临床医学专业教材评审委员会审定，院士、专家把关，全国各医学院校知名专家、教授编写，人民卫生出版社高质量精品出版。

2. 教材编写修订工作是根据教育部培养目标、卫生部行业要求、社会用人需求，在全国进行科学调研的基础上，借鉴国内外医学人才培养模式和教材建设经验，充分研究论证本专业人才素质要求、学科体系构成、课程体系设计和教材体系规划后，科学进行的。

3. 在全国广泛、深入调研的基础上，总结和汲取了前七轮教材的编写经验和成果，尤其是对一些不足之处进行了大量的修改和完善，并在充分体现科学性、权威性的基础上，更考虑其全国范围的代表性和适用性。

4. 教材编写修订工作着力进行课程体系的优化改革和教材体系的建设创新——科学整合课程、淡化学科意识、实现整体优化、注重系统科学、保证点面结合。继续坚持“三基、五性、三特定”的教材编写原则，以确保教材质量。

5. 为配合教学改革的需要、减轻学生负担和体现“干细胞”教材特色，全套教材精炼文字、压缩字数，注重提高内容质量，并根据学科需要，采用大16开国际开本、双色或彩色印刷，以提高印装质量和可读性。同时，在每一页都增加了留白，便于学生记录和标记书中重点知识。

6. 为满足教学资源的多样化需求，实现教材系列化、立体化和数字化建设，大部分教材配有配套教材和数字出版的教学资料，并实现了全套教材的网络增值服务，方便老师教学和学生自主学习，实现了数字化资源共享。

第八轮教材共有53种，其中新增2种，即《医患沟通》和《肿瘤学概论》；更名1种，即《急诊医学》更名为《急诊与灾难医学》；合并2种，即《生物化学》与《医学分子生物学》合并为《生物化学与分子生物学》。全套教材均为**“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材**（除《肿瘤学概论》外）和**卫生部“十二五”规划教材**，于2013年6月全部出版发行。

本套教材是在我国医学教育综合改革，构建“5+3”为主体的临床医学人才培养体系背景下组织编写的，希望全国各广大院校在使用过程中能够多提供宝贵意见，反馈使用信息，以逐步修改和完善教材内容，提高教材质量，为第九轮教材的修订工作建言献策。

全国高等学校五年制本科临床医学专业
第八轮 教材目录

1.	医用高等数学	第 6 版	主编	张选群		副主编	马建忠	吕　丹	刘春扬
2.	医学物理学	第 8 版	主编	王　磊	冀　敏	副主编	李晓春	吴明海	
3.	基础化学	第 8 版	主编	魏祖期	刘德育	副主编	李雪华	陈朝军	
4.	有机化学	第 8 版	主编	陆　阳	刘俊义	副主编	叶　玲	邓　健	
5.	医学生物学	第 8 版	主编	傅松滨		副主编	王培林	刘　佳	
6.	系统解剖学	第 8 版	主编	柏树令	应大君	副主编	丁文龙	刘学政	孙晋浩
7.	局部解剖学	第 8 版	主编	刘树伟	李瑞锡	副主编	张绍祥	羊惠君	
8.	组织学与胚胎学	第 8 版	主编	邹仲之	李继承	副主编	曾园山	周　莉	
9.	生物化学与分子生物学	第 8 版	主编	查锡良	药立波	副主编	周春燕	冯作化	方定志
							何凤田		
10.	生理学	第 8 版	主编	朱大年	王庭槐	副主编	罗自强	管又飞	金学隆
11.	医学微生物学	第 8 版	主编	李　凡	徐志凯	副主编	黄　敏	郭晓奎	
12.	人体寄生虫学	第 8 版	主编	诸欣平	苏　川	副主编	吴忠道	李朝品	
13.	医学免疫学	第 6 版	主编	曹雪涛		副主编	熊思东	姚　智	
14.	病理学	第 8 版	主编	李玉林		副主编	文继舫	唐建武	来茂德
							步　宏		
15.	病理生理学	第 8 版	主编	王建枝	殷莲华	副主编	吴立玲	孙连坤	李文斌
16.	药理学	第 8 版	主编	杨宝峰		副主编	苏定冯		
17.	医学心理学	第 6 版	主编	姚树桥	杨彦春	副主编	杨艳杰	潘　芳	赵旭东
18.	法医学	第 6 版	主编	王保捷	侯一平	副主编	丛　斌	赵子琴	
19.	诊断学	第 8 版	主编	万学红	卢雪峰	副主编	刘成玉	胡申江	康熙雄
							杨　炯		
20.	医学影像学	第 7 版	主编	白人驹	徐　克	副主编	韩　萍	龚启勇	张雪林
							王　滨		
21.	内科学	第 8 版	主编	葛均波	徐永健	副主编	梅长林	唐承薇	王　辰
							周　晋		
22.	外科学	第 8 版	主编	陈孝平	汪建平	副主编	秦新裕	刘玉村	张英泽
23.	妇产科学	第 8 版	主编	谢　幸	苟文丽	副主编	林仲秋	狄　文	马　丁
							孔北华		
24.	儿科学	第 8 版	主编	王卫平		副主编	毛　萌	李廷玉	申昆玲
							常立文		
25.	神经病学	第 7 版	主编	贾建平	陈生弟	副主编	崔丽英	王　伟	
26.	精神病学	第 7 版	主编	郝　伟	于　欣	副主编	许　毅	吴爱勤	李　涛
							刘金同		

27.	传染病学	第 8 版	主编　李兰娟　任　红	副主编　高志良　牛俊奇
28.	眼科学	第 8 版	主编　赵堪兴　杨培增	副主编　瞿　佳　姚　克
29.	耳鼻咽喉头颈外科学	第 8 版	主编　田勇泉	副主编　韩东一　迟放鲁　孙爱华
30.	口腔科学	第 8 版	主编　张志愿　俞光岩	副主编　凌均棨　杨丕山
31.	皮肤性病学	第 8 版	主编　张学军	副主编　陆洪光　高兴华
32.	核医学	第 8 版	主编　李少林　王荣福	副主编　张永学　匡安仁
33.	流行病学	第 8 版	主编　沈洪兵　齐秀英	副主编　刘　民　叶冬青
34.	卫生学	第 8 版	主编　朱启星	副主编　牛　侨　吴小南
35.	预防医学	第 6 版	主编　傅　华	副主编　段广才　黄国伟
36.	中医学	第 8 版	主编　高鹏翔	副主编　卜　平　陈金水　陈利国
37.	医学计算机应用	第 5 版	主编　袁同山　阳小华	副主编　白宝钢
38.	体育	第 5 版	主编　裴海泓	副主编　程　鹏
39.	医学细胞生物学	第 5 版	主编　陈誉华	副主编　杨　恬　刘艳平
40.	医学遗传学	第 6 版	主编　左　伋	副主编　顾鸣敏　张咸宁
41.	临床药理学	第 5 版	主编　李　俊	副主编　刘克辛　袁　洪
42.	医学统计学	第 6 版	主编　李　康　贺　佳	副主编　杨土保　马　骏
43.	医学伦理学	第 4 版	主编　孙福川　王明旭	副主编　陈晓阳　宫福清
44.	临床流行病学与循证医学	第 4 版	主编　刘续宝　王素萍	副主编　孙业桓　时景璞
45.	康复医学	第 5 版	主编　黄晓琳　燕铁斌	副主编　王宁华　励建安
46.	医学文献检索与论文写作	第 4 版	主编　郭继军	副主编　马　路　张　帆
47.	卫生法	第 4 版	主编　汪建荣	副主编　达庆东　田　侃
48.	医学导论	第 4 版	主编　马建辉　闻德亮	副主编　肖海鹏　郭永松　曹德品
49.	全科医学概论	第 4 版	主编　祝墡珠	副主编　胡传来　路孝琴
50.	麻醉学	第 3 版	主编　杨拔贤　李文志	副主编　刘　进　姚尚龙　郭曲练　邓小明
51.	急诊与灾难医学	第 2 版	主编　沈　洪　刘中民	副主编　王育珊　周荣斌　于学忠
52.	医患沟通		主编　王锦帆　尹　梅	副主编　唐宏宇　赵明杰
53.	肿瘤学概论		主编　王冠军　赫　捷	副主编　张清媛　李　薇　周云峰

第六届全国高等学校五年制本科临床医学专业
教材评审委员会名单

序 言

高水平、高质量的医学教育既是办好人民满意教育的重要组成部分，也是医疗卫生事业改革发展的重要支撑。随着我国医药卫生体制改革的不断深入，对高等医学教育改革也提出了更高的要求。如何培养适应国家需要、人民满意的高质量、高水平医学人才是当前医学教育的首要任务。为此，在“十二五”开局之年，教育部和卫生部共同组织实施了医学教育综合改革。

医学教育综合改革要求我们深入贯彻落实教育规划纲要和医药卫生体制改革的意见，遵循医学教育规律，以改革创新为动力，着力于医学教育发展与医药卫生事业发展的紧密结合，着力于人才培养模式和体制、机制的重点突破，着力于医学生职业道德和临床实践能力的显著提升，着力于医学教育质量保障体系的明显加强，从而全面提高医学人才培养质量，为发展医药卫生事业和提高人民健康水平提供坚实的人才保障。

教材建设在提高人才培养质量中发挥着重要的基础性作用，对此教育部一直高度重视，要求以教材建设为抓手，推动医学课程和教学方法改革。一本好的教材，给医学生以正确的引导，给临床医生以正确的指导。人民卫生出版社作为国家级优秀出版单位，承担了大量教材的规划和出版工作，形成了课程种类齐全、学科体系合理、配套服务全面的教材出版模式。尤其是在以吴阶平、裘法祖、吴孟超、陈灏珠等院士为代表的老一辈医学大家的付出和带领下，在一大批医学教育精英的努力和参与下，其出版的五年制本科临床医学专业规划教材为我国医学界培养了一代又一代优秀的医药学人才，为推动我国医疗卫生事业的改革和发展做出了巨大的历史贡献。

此次第八轮五年制本科临床医学专业规划教材的修订工作是在贯彻党的十八大关于“深化教育领域综合改革”精神的背景下，在落实卫生部、教育部联合下发的《关于实施临床医学教育综合改革的若干意见》的基础上启动的。修订工作贯穿了医学教育综合改革的要求，特别是注重将医德教育贯穿于医学教育的全过程，增加了《医患沟通》一书，同时强化临床实践教学，配套编写了相关的实践指导，以提高医学生的临床实践能力。

我们相信，在教育、卫生系统的通力合作下，在广大医学教育工作者的大力支持和参与下，第八轮五年制本科临床医学专业规划教材的修订出版对推动医学教育综合改革，提高医学人才培养质量将产生积极的推动作用。

教育部部长助理

林蕙青

2013年3月



姚树桥

男，1959年5月生于湖南省溆浦县，博士研究生毕业。教授，博士研究生导师，中南大学医学心理研究所所长，中南大学湘雅二医院医学心理中心主任，兼任中国心理卫生协会常务理事、中国心理卫生协会心理评估委员会主任委员、中国心理学会医学心理学分会理事长、教育部大学生心理健康教育专家指导委员会委员、全国高等学校第二轮应用心理学专业本科规划教材评审委员会副主任委员、《中国临床心理学杂志》主编、《World J Psychiatry》编委。

从事医学心理学教学、科研及临床工作30余年，长期承担中南大学本科生《医学心理学》等课程的授课工作，主编国家级规划教材7本，并与他人共同主编了我国首部全英文教材《Psychology for Medical Students》。近20年来，独立培养研究生80余名。承担了国家自然科学基金重点项目及国家科技支撑计划项目等科研项目十余项。发表学术论文300余篇，其中以第一作者或通讯作者在《Biological Psychiatry》等国际权威杂志上发表论文50余篇。主编《临床心理学》等学术专著5本。研制了多项心理评估新技术。获国家科学技术进步二等奖(2000年)等国家、省部级科研成果奖5项，2012年获第五届全国优秀科技工作者称号。



杨彦春

女，1957年出生于四川乐山。精神医学教授，博士生研究生导师。卫生部心理咨询热线专家委员会委员，中德心理治疗研究院理事，中国残疾人协会心理康复专业委员会副主任委员，中国医师协会精神科分会常委，中国神经科学会精神病学基础与临床分会常委，中国心理学会医学心理分会委员，中国心理学会首批注册心理督导师，四川省心理学会医学心理专业委员会主任委员，四川省卫生厅学术带头人。四川大学华西医院精神科临床心理部主任。

1982年毕业于四川医学院医学系，1995年获精神医学博士。在四川大学华西临床医学院/华西医院从事精神科临床医疗26年，承担医学心理学、行为医学、精神病学、临床医学导论、护理心理学等课程本科生、研究生、留学生的教学25年。1996—1997年在美国华盛顿大学做访问学者。先后在美国、德国接受过心理治疗培训。主编和参编人民卫生出版社、高等教育出版社规划教材《医学心理学》、《精神病学》、《心理治疗》及研究生教材《高级精神病学》等。主编《灾后本土化心理干预指南》、国家职业培训教材《心理咨询师》，参编《精神病学》、《社会精神病学》等专著。培养博士14名、硕士16名。在国内外核心期刊发表心理学、精神医学方面的论文50余篇。

副主编简介



杨艳杰

女,1965年11月生于吉林。现任哈尔滨医科大学公共卫生学院副院长,医学心理学教研室主任,教授,博士研究生导师。兼任俄罗斯布拉戈维申斯克师范大学客座教授、博士研究生导师。中国高等教育学会医学心理学分会副理事长,中国心理卫生协会理事、中华医学会行为医学分会常务理事。主持科技部、卫生部、教育部及国家自然基金等科研项目30余项;以第一完成人获省部级科技成果奖励10项,主编国家级规划教材及著作20余部,在国内外发表学术论文60余篇。获黑龙江省政府2008年"感动龙江"年度人物,黑龙江省优秀医务工作者。



潘　芳

女,1962年7月生于山东临沂。山东大学医学院医学心理研究所所长、教授、博士研究生导师。中华医学会心身医学分会委员,中华医学会行为医学分会委员,中国高等教育学会医学心理学分会副理事长,中国心理学会医学心理学分会理事,山东省心身医学会副会长。

从事教学工作29年。主持医学心理学省级精品课程、医学心理学校级精品课程、医学心理学校级双语示范课程、脑与行为科学的基础与应用校级全英语课程。主持国家、省级科研项目多项,发表SCI论文20余篇。获省级科技进步三等奖,山东大学教学成果一等奖。



赵旭东

男,1962年2月生于贵阳。德国海德堡大学医学博士。同济大学医学院教授,精神医学、哲学心理学博士研究生导师,医学人文与行为科学教研室主任,同济大学附属东方医院心身医学科主任。世界心理治疗学会副主席,卫生部疾病控制与预防专家委员会委员,中国心理卫生协会心理治疗与心理咨询专业委员会主任委员。

从教30年。获西格蒙德·弗洛伊德国际心理治疗奖,为心理治疗、文化精神医学领域学术带头人。被授予全国五一劳动奖章,卫生部有突出贡献中青年专家和全国优秀科技工作者等荣誉称号,获得省部级科技进步奖5项。

前言

根据2011年6月全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室组织的全国高等学校临床医学专业五年制第八轮规划教材主编人会议精神，我们对第5版《医学心理学》进行了修订，编写了第6版《医学心理学》，其目的着重于为五年制临床医学专业本科学传授健康与疾病相关的心理学基础知识，扩展医学生临床思维视野，培养医学生良好的职业行为和临床服务所必需的心理学技能。

本次教材修订是在我国"5+3"为主体的临床医学教育综合改革方案指导下，充分考虑了本教材以往5个版本发展中所形成的医学心理学课程的核心内容，基本保留了第5版《医学心理学》的框架。但是，为了体现医学心理学科的新进展和五年制本科临床医学专业的特点，以及教科书特定的内容和形式，并针对与该教材配套的多媒体教材的要求和医学心理学理论与临床有机结合等问题，我们对教材内容进行了精选。与第5版教材一样，全书内容仍从"纵"、"横"两个方向展开，绪论至第六章以介绍医学心理学基本理论与方法为主，第七章至第十三章则着重于医学心理学理论与方法在医学领域的应用。本版各章内容均在一定程度上进行了更新，尤其是第六章"心理应激"和第十一章"医患关系与医患沟通"改动较大，使整个教材逻辑性更强、更为精练。各校可根据教学时数和专业特点，选择适当内容开展教学。

在配套教材方面，同步出版了五年制《医学心理学学习纲要与习题集》（第4版）及《多媒体课件电子教材》（第2版），这些配套教材对医学心理学课程教学和职业医师资格考试会有所帮助。

参加本版教材编写的老师们均是我国医学心理学教学与科研第一线的专家学者，为编写本版教材做了很大的努力。此外，我们分别在长沙和成都召开了两次编写会议，对稿件进行了认真互审、互校。虽然如此，本版教材仍难免不存在各种缺陷和错误，我们诚挚地希望使用本教材的老师和同学们提出宝贵意见。

在本版教材编写过程中，中南大学湘雅二医院和四川大学华西医院等单位有关领导给予了多种支持，参加过本教材前五版编写的一些老教授们也对本次教材修订提出了指导性意见，在此一并表示诚挚的谢意！

编者

2013年1月7日

目 录

第一章 绪论 1

第一节 医学心理学概况 1
一、定义、范围、性质及目的 1
二、医学心理学的相关学科 3
第二节 医学模式的转变 4
一、西方医学与生物医学模式 4
二、生物-心理-社会医学模式 5
三、医学心理学与我国医学模式的转变 5
四、医学心理学对疾病与健康的思考 6
第三节 医学心理学研究方法 7
一、方法学的特殊性 7
二、研究过程类型及方法 8
第四节 医学心理学的现状与发展 10
一、我国医学心理学产生的背景 10
二、我国医学心理学科的现状 10
三、我国医学心理学科发展趋势 11
四、我国医学心理学工作者的培养 11

第二章 心理学基础 13

第一节 心理现象及其本质 13
一、心理现象 13
二、心理的本质 13
第二节 认知过程 14
一、感觉 14
二、知觉 16
三、记忆 17
四、思维 19
五、想象和表象 20
六、注意 20
第三节 情绪和情感过程 21
一、情绪和情感的概念 21

二、情绪和情感的关系 22
三、情绪的功能 22
四、情绪和情感的分类 23
五、情绪的维度与两极性 25
六、表情 25
七、情绪的理论 26
第四节 意志过程 27
一、意志行动的基本过程和特征 27
二、意志的品质 28
第五节 人格 28
一、概述 28
二、需要 31
三、动机与挫折 32
四、能力 34
五、气质与性格 36
第六节 心理的生物与社会基础 38
一、心理的生物基础 38
二、心理的社会基础 41

第三章 心理发展与心理健康 44

第一节 概述 44
一、人的发展与生命周期 44
二、健康与心理健康 44
第二节 儿童心理健康 46
一、胎儿期及婴幼儿期 46
二、幼儿期 48
三、儿童期 49
第三节 青少年与青年心理健康 49
一、青少年期 49
二、青年期 50
第四节 中年期心理健康 51
一、中年期的生理心理特点 52
二、中年期的心理健康问题 52
第五节 老年期心理健康 54
一、老年期的生理心理特点 54
二、老年期的心理健康问题 54

第四章 主要理论流派 56

第一节 精神分析与心理动力学理论 56
一、经典精神分析理论 56
二、现代精神分析的发展 60
三、心理动力学理论的临床应用举例 61
第二节 行为学习理论 61
一、主要的理论内容 61
二、经典条件反射理论 62
三、操作性条件反射理论 63
四、社会学习理论 64
五、行为学习理论的临床应用举例 64
第三节 认知理论 65
一、主要的理论内容 65
二、认知理论在临床中的应用举例 67
第四节 人本主义心理学理论 68
一、主要的理论内容 68
二、人本主义理论临床应用举例 71
第五节 心理生物学理论 72
一、主要的理论内容 72
二、心理生物理论临床应用举例 74

第五章 心理评估 76

第一节 心理评估概述 76
一、心理评估的概念及作用 76
二、心理评估的方法 76
三、心理评估的一般过程 78
四、心理测验发展 79
五、标准化心理测验的基本条件 79
六、应用心理测验的基本原则 81
七、心理测验的类型及应用 82
第二节 智力测验 83
一、智力、智商和智力水平的分级 83
二、常用智力测验和发展量表 84
第三节 人格测验 86
一、明尼苏达多项人格调查表 86
二、艾森克人格问卷 88

三、卡特尔16项人格因素问卷 88
第四节 神经心理测验 89
第五节 评定量表 91
一、概述 91
二、自评量表 92
三、他评量表 96

第六章 心理应激 98

第一节 总论 98
一、应激与心理应激理论 98
二、应激的概念模型 99
三、心理应激的意义 100
第二节 应激源 101
一、应激源的定义与分类 101
二、应激源的研究 102
第三节 应激过程的中介机制 103
一、应激的心理中介 103
二、应激的生理中介 108
第四节 应激反应 109
一、概念 109
二、应激的生理反应 109
三、应激的心理反应 110
第五节 应激的医学后果 112
一、应激的后果 112
二、应激的医学后果 113
第六节 应激的管理 115
一、概述 115
二、应激的管理的切入点 115
三、应激易感模型 118
四、系统的应激管理方案 120

第七章 心身疾病 122

第一节 心身疾病的概述 122
一、心身疾病的概念 122
二、心身疾病的发病机制 125
三、心身疾病的诊断与防治原则 126
第二节 常见心身疾病 128

一、原发性高血压 128
二、冠状动脉硬化性心脏病 130
三、糖尿病 131
四、哮喘 133
五、消化性溃疡和功能性胃肠病 134
六、经前期情绪障碍 135
七、肿瘤及其心理问题 135

第八章 异常心理 137

第一节 异常心理概述 137
一、异常心理的概念 137
二、正常心理与异常心理的区分和判别 137
三、异常心理的分类 139
第二节 常见的异常心理 140
一、焦虑障碍 140
二、抑郁障碍 141
三、躯体形式障碍 142
四、人格障碍 142
五、睡眠障碍 144
六、进食障碍 145
七、自杀行为 146

第九章 健康行为 148

第一节 健康行为与行为转变 148
一、健康行为 148
二、行为转变的理论 149
第二节 烟、酒和网络成瘾 152
一、吸烟 152
二、饮酒与酗酒 154
三、网络成瘾 155
第三节 饮食、运动与肥胖 156
一、饮食 156
二、锻炼 157
三、肥胖 158
第四节 性行为与性传播疾病 159
一、性行为 159
二、性传播疾病 159

第十章 病人心理 162

第一节 病人心理概述 162
一、病人概念与病人角色 162
二、病人的求医与遵医行为 164
三、病人的心理需要 166
第二节 病人的一般心理特征与基本干预方法 166
一、病人的一般心理特征 167
二、病人心理问题的基本干预方法 168
第三节 各类病人的心理特征 169
一、不同病期病人的心理特征 169
二、临终病人的心理特征 173
三、手术病人心理问题及干预 174
四、癌症病人的心理问题及干预 175
五、器官移植病人的心理问题及干预 177
六、医疗美容领域中的心理问题及干预 179

第十一章 医患关系与医患沟通 180

第一节 医生角色与医疗行为 180
一、医生角色 180
二、社会文化因素对医疗行为的影响 185
第二节 医患关系 186
一、医患关系的定义 186
二、医患关系的基本结构 186
三、医患关系的特点 187
四、医患关系的类型 187
五、影响医患关系的因素 188
第三节 建立良好医患关系的基本原则 190
一、医患关系应建立在医疗卫生法律法规基础上 190
二、医患关系应该保持职业的关系 190
三、处理好“移情”和“反移情”的问题 190
四、良好的医患沟通 190
第四节 医患沟通 191
一、医患沟通的定义 191
二、医患沟通的形式 191
三、医患沟通的层次 191
四、医患沟通的功能 191

五、医患沟通的基本方法　192

第十二章　心理干预概述　194

第一节　心理干预概述　194
一、概念　194
二、心理干预的内容与方式　194
三、心理咨询与心理治疗的关系　196
第二节　心理治疗　197
一、概述与简史　197
二、心理治疗的范围　199
三、心理治疗基本过程和原则　200
四、心理治疗的基本技术　202

第十三章　心理干预各论　204

第一节　精神分析与心理动力学治疗　204
一、经典精神分析疗法　204
二、客体关系取向的心理治疗　206
第二节　行为疗法　208
一、行为疗法概况　208
二、行为疗法的基本原则和方法　208
三、适应证和评价　213
第三节　认知疗法　214
一、概况　214
二、方法　217
三、认知治疗适应证　222
第四节　以人为中心疗法　223
一、概况　223
二、方法　223
三、适应证与评价　225
第五节　森田疗法　225
一、概况　225
二、方法　226
三、适应证与评价　227
第六节　暗示和催眠疗法　227
一、暗示疗法　227
二、催眠疗法　228
第七节　家庭治疗　230

一、概况　230
二、方法　231
三、适应证与评价　233
第八节　团体治疗　234
一、概况　234
二、方法　235
三、适应证和评价　236
第九节　危机干预　236
一、概况　236
二、危机干预的实施方法　237
三、危机干预中的相关问题　238
第十节　临床心理会诊服务　239
一、概况　239
二、方法　240
三、适应证与评价　242

参考文献　244

中英文名词对照索引　246

第一章　绪　　论

什么是医学心理学？其学科性质、特点、应用范围如何？医学心理学这一学科为什么会在我国医学教育中产生和发展？它的过去、现在、将来是一幅怎样的景象？这一学科研究方法是什么？在本章中，将一一回答这些问题。

第一节　医学心理学概况

一、定义、范围、性质及目的

（一）定义

医学心理学（medical psychology）是研究心理现象与健康和疾病关系的学科，是根据我国医学教育发展的需要而建立起来的新兴交叉学科，它既关注心理社会因素在健康和疾病中的作用，也重视解决医学领域中的有关健康和疾病的心理或行为问题。

所谓心理现象，主要包括人们的心理过程和人格特征。大量研究结果表明，心理现象中与健康和疾病关系密切的有心理过程中认知、情感、意志过程和人格特征中的能力、气质和性格（详见第二章）。

世界卫生组织（WHO）把健康定义为人们身体、心理、社会适应和道德品质的良好状态，而健康的反面便是疾病。健康和疾病（精神和躯体的）是一连续链的两极，可以在生物、心理和社会因素作用下发生相互转化。数千年来，人们在对健康和疾病研究过程中形成了不同的医学模式，用以指导医学理论研究和临床实践。在医学史中，生物医学模式（biological medical model）曾长期占据统治地位，但自20世纪70年代以来，开始向生物-心理-社会医学模式（biopsychosocial model）过渡。此时，我国众多学者为使医学教育适应这种医学模式的转变，综合了国内外多种与健康和疾病有关的心理和行为科学理论、方法和技术，开创性地提出并形成了医学教育中的一门新兴课程，即医学心理学。显然，这是一门在特定历史条件下形成的具有我国医学教育特色的课程。

与医学心理学一样，也有其他一些学科（见后）研究心理或行为因素在健康和疾病中的作用问题，但侧重点不同。例如，医学心理学侧重于研究心理因素在躯体疾病中的作用和用心理学技术来诊断和防治疾病与促进健康；而精神病学侧重于生物、心理和社会因素在精神疾病中的作用，显然二者的研究对象明显不同。

（二）研究范围

医学心理学研究范围介于医学与心理学之间内容广泛的课题。因此，它既是心理学的分支学科，也是医学的分支学科。从医学的分支学科来看，医学心理学研究医学中的心理或行为问题，包括各种病人的心理或行为特点、各种疾病或不同疾病阶段的心理或行为变化等；从心理学分支学科来看，医学心理学研究如何把心理学的系统知识和技术应用于医学各个方面，包括在疾病过程中如何应用有关心理科学知识和技术来解决医学问题。归纳起来，医学心理学的研究范围主要包括：

（1）研究心理或行为的生物学和社会学基础及其在健康和疾病中的意义；

（2）研究心身相互作用关系及其机制；

（3）研究心理社会因素在疾病过程中的作用规律；

笔记

(4)研究各种疾病过程中的心理和行为特征及变化规律;

(5)研究医疗过程中医患关系的特征及增进医患关系的途径和方法;

(6)研究如何将心理学原理及技术应用于人类的健康促进及疾病防治。

(三)学科性质

医学心理学一方面是涉及多学科知识的一门交叉学科;另一方面,从基础和应用的角度来看,它既是医学的一门基础学科,也是一门临床应用学科。

1. 交叉学科 首先,医学心理学不仅要有自然科学还要有社会科学知识基础,所以它是自然科学和社会科学相结合的交叉科学。其次,医学心理学是医学与心理或行为科学的交叉学科。就医学来说,医学心理学涉及基础医学(如神经生物学、病理学等)、临床医学(含内、外、妇、儿、传、神经精神等各科)、预防医学和康复医学等学科知识。就心理或行为科学来说,医学心理学涉及了几乎所有心理学科各分支学科(相关内容详见第二章)以及人类学、社会学等众多学科领域的相关知识。以心理社会因素与心脑血管疾病关系研究为例,心理社会因素本身涉及人格特征、生活方式及工作、家庭、婚姻、语言、交际、习俗、社区、居住、工业化等多方面的生活事件,这又与人类学、社会学、生态学等知识密切有关;而心理社会因素影响心脑血管疾病发生和转归的机制,又涉及生物学、神经科学、基础与临床医学等学科知识。

由于医学心理学这种交叉学科的性质,所以在学习过程中应该加强与有关课程知识之间的整合。医学心理学也只有与各交叉学科加强协同研究,才会发展壮大。可喜的是,近十几年来医学心理学科与各相关学科的合作越来越多,显示了医学心理学科的勃勃生机。

2. 基础学科 医学心理学从其工作内容上看也是医学和心理学的基础学科。它揭示人类心理或行为的生物学和社会学基础,心理活动和生物活动的相互作用,及其对健康促进和疾病防治的作用,从而为寻求战胜疾病、维护健康的手段提供基础研究的依据,也为整个医学事业的发展提供心身相关的辩证的科学思维方法。

3. 应用学科 医学心理学科具有解决医学和心理学问题的知识与技术,因而具有应用学科的属性。首先,医学心理学的理论与技术可以应用于临床医学各个领域的实践工作。例如,心身相关的知识和技术可为临床各科提供更符合现代医疗模式的诊疗思路和有效的辅助治疗方法如缓解手术焦虑、减轻疼痛等方法与技术。实际上,医学心理学知识与技术已经在包括医院、疗养院、康复中心、防疫机构、健康服务中心、各种保健部门等领域中得到了广泛应用。其次,医学心理学的知识与技术,可以独立应用于社会人群,以帮助人们解决与健康有关的心理问题与痛苦,以及增进人们心身健康,防止有关疾病的发生。目前在我国大型或中型医院已逐步开展的心理咨询服务工作,各类大专院校及部分中小学校也已普遍开展了学校心理健康教育实践,这些工作都是医学心理学知识和技术广泛应用的体现。

(四)开设医学心理学课程的主要目的

1. 培养医学生的整体医学观 近代医学教育主要为生物医学模式所导向,它片面地强调人的生物属性方面,而忽视人的心理和社会属性方面,在医学实践上往往是"见病不见人",使医学的发展受到了限制。因此,传统的生物医学模式需要向生物-心理-社会医学模式转化。在医学院校为医学生开设医学心理学课程,就是应对这种医学模式转变的需要,其首要目的是为了树立医学生的整体医学观。让学生了解基本心理学原理与知识,知道生理和心理的相互作用,心理社会因素在健康和疾病时起怎样的作用及如何起作用。因此,医学生除了具有良好的生物医学知识和技能外,还补充了必要的心理学和社会科学知识,其医学知识体系更为全面,以此作导向,将对其未来的医学理论思维和医疗实践产生有益影响。

2. 掌握一些医学心理学研究和实践方法 在医学心理学体系中,心理评估(psychological assessment)和心理治疗(psychotherapy)与心理咨询(psychological counseling)属于其自身较为特殊的用来作研究或实践的方法,这些方法大多也可用于临床各科的研究或实践,这对医学的发

笔记

展有重要意义。反过来，临床各科运用医学心理学方法所取得的成果，也将极大地丰富医学心理学的知识体系。

3. 掌握应对和处理个人可能出现的人生难题的方法 人的一生中，难免不出现一些问题，包括各种心理冲突、挫折以及各种困境如增龄、婚姻家庭问题、急重疾病及慢性疾病等。医学生不仅应该自己知道如何应对和处理这些问题，而且还应该教育病人和身边的人了解应对这些困境的方法，以帮助人们提高生活质量，促进心身健康，预防疾病的发生。

二、医学心理学的相关学科

医学心理学是应我国医学教育的需要而逐渐形成的具有我国特色的新型交叉学科，与国际上多门学科虽存在一定的联系，但又不尽相同。因此，无法用国际上某单一学科来替代。这些学科的出发点、理论依据、应用侧重点等均与我国的医学心理学存在一定的联系但又不完全一致。有的与医学心理学属于交叉学科；有的是医学心理学的分支学科；有的是相似学科；还有的则与医学心理学在学科性质上差异甚大，基本上属于独立学科。

1. 临床心理学(clinical psychology) 是指根据心理学原理、知识和技术，解决人们心理问题的应用心理学科。该学科主要借助心理测验对病人的心理和行为进行评估，并通过心理咨询和心理治疗等途径调整和解决个体的心理问题。“临床心理学”这一术语由美国心理学家L. Witmer在1896年首次提出。到目前为止，临床心理学已经成为美国最大的心理学分支，从事这项工作的人很多，称之为临床心理学家或心理治疗师。临床心理学服务的人群也很广，工作范围遍布学校、医院、机关、政府、军事、商业和法律等。一般而言，临床心理学是医学心理学中的最大临床学科分支，属于应用心理学范畴，但在某些专著中，医学心理学与临床心理学的内容很接近，可将两者视为相似学科。

2. 咨询心理学(counseling psychology) 是研究心理咨询的理论观点、咨询过程及技术方法的学科，它与医学心理学有很大的重叠和交叉，可将其看作是医学心理学的应用分支学科或交叉学科。

咨询心理学作为一门独立科学的历史并不长，该学科起源并发展于美国，现已成为仅次于临床心理学的心理学第二大分支学科。心理咨询在我国虽然起步较晚，但发展迅速。心理咨询的从业人员主要是心理学专业工作者和社会工作者，通常被称为咨询者或咨询心理学家。咨询心理学与临床心理学有很多相似的培训要求，但咨询心理学家倾向于解决个人的烦恼，对基本正常的人提供职业咨询以及专业选择评估，而临床心理学家则更多地从事心理治疗以及个人情绪或行为异常的诊治工作。

3. 异常心理学(abnormal psychology) 又称病理心理学，研究的是病人的异常心理活动与病态行为，即用心理学原理和方法研究病态心理与行为发生、发展、变化的原因与规律，并探讨其机制，其研究成果是医学心理学某些理论和证据的重要来源，因此一般认为异常心理学是医学心理学中的一个重要的基础分支学科。但在某些异常心理学论著中，其内容范围可能囊括甚至超过医学心理学的很多领域，此时的异常心理学与医学心理学则为交叉的两门学科。

4. 健康心理学(health psychology) 是美国新建立的一门心理学分支学科，它侧重应用心理学知识与技术来增进心身健康和预防各种疾病。从事健康心理学工作的人员为健康心理学家，他们主要从事：①探讨心理因素在人们维持健康、生病及生病后反应中的影响，强调健康的促进和维持，例如：如何让儿童养成良好的健康习惯、如何推广常规性体育活动、如何让人们健康地调整饮食；②研究疾病防治中的心理学问题，尤其重视高应激职业人群如何有效地处理应激，从而使应激不会对健康产生负面的影响；③关注健康、疾病及功能不良的病因学和行为或社会相关因素，如饮酒、吸烟、体育锻炼及应对应激的方式等；④分析并尝试改进健康保健系统和卫生政策。

由于健康心理学涉及良好心理状态的保持和心理疾病的预防等问题，因而是医学心理学在

笔记

预防医学中的分支，是大公共卫生的重要组成部分。但在某些心理卫生或健康心理学专著中，内容涉及了几乎与健康相关的所有心理学分支学科，此时，健康心理学与医学心理学属于相似学科。健康心理学核心内容将在本书第七章加以介绍。

5. **行为医学**(behavioral medicine)　是将行为科学技术与生物医学技术相结合的一门新兴的边缘学科。1977年，耶鲁大学和美国国立健康研究院(NIH)的心、肺、血液研究所举办研讨会，对行为医学做了如下定义："行为医学是关于发展行为科学知识和技术的一门科学，它将有助于对身体健康和疾病的进一步理解，并运用这些知识和技术进行疾病的预防、诊断、治疗和康复。精神病、神经症和身体缺陷，只是当它成为引起生理性障碍的主要原因时，才包括在内"。根据这一定义，行为医学研究内容近似或甚至超过了医学心理学的范围，故可将两者视为相似学科。然而，目前，很多研究者主要是将行为治疗方法应用到医学临床以及常见的不良行为(烟瘾、酒精滥用、贪食、A型行为、自杀等)的研究上，即将行为医学的内容重点置于相对狭义的范围内，从这一角度而言，行为医学则是医学心理学的一个分支学科。

6. **心身医学**(psychosomatic medicine)　从狭义上讲，是研究心身疾病的病因、病理、诊断、治疗和预防的学科，因而可被认为是医学心理学的一个重要分支。而从广义上讲，心身医学主要是研究人类在健康和疾病中的生物学、心理学和社会学等因素的相互关系，其内容几乎涉及目前整个医学心理学所包括的各个领域，在这种情况下，心身医学与医学心理学成为了相似的学科。

7. **心理生理学**(psychological physiology)**与生理心理学**(physiological psychology)　研究心理活动与各种行为引起某些生理变化的机制的一门学科。严格而言，心理生理学研究的自变量是心理和行为活动，因变量是生理或生物学变化过程，因而不同于神经生理学和生理心理学。生理心理学则着重探讨生理活动尤其是脑神经活动所导致的心理功能的变化。心理生理学和生理心理学研究成果为医学心理学的心身中介机制提供了许多基本理论依据，是医学心理学的重要的基础分支学科。

8. **神经心理学**(neuropsychology)　脑的神经过程与心理活动的关系是神经心理学研究的基本问题。传统的神经心理学侧重探讨脑损伤的定位、定性与行为的关系，主要采用行为学研究方法；而当前的神经心理学吸收了神经科学与认知心理学的最新研究成果，采用无创性脑结构和功能的检测手段如功能性磁共振(fMRI)和事件相关电位(ERPs)等方法，探讨人类脑结构及功能与外在行为的关系，为研究各种正常或异常行为的脑机制提供直接的实验证据。神经心理学的研究成果为医学心理学提供了神经科学的理论基础。

9. **护理心理学**(nursing psychology)　将心理学原理和方法运用于现代护理领域，在心理学中就形成了一个新的应用学科——护理心理学。它侧重研究护理工作中的心理学问题，是医学心理学在护理工作中的分支，但在某些护理心理学的专著中，则包括了大部分医学心理学的基本知识、理论和方法。

(姚树桥)

第二节　医学模式的转变

所谓医学模式，是指医学的主导思想，包括疾病观、健康观等，并影响医学工作的思维及行为方式，使之带有一定倾向性，也影响医学工作的结果。

一、西方医学与生物医学模式

人们对疾病病因的认识是随历史和科学研究的发展而变化的。现代西方医学是自然科学冲破中世纪宗教黑暗统治以后发展起来的，随着西方近代自然科学的飞速发展，医学家们不断

采用物理的和化学的研究手段，探索人体的奥秘，从整体到系统、器官，直至现今的分子水平，并将研究成果应用于医学临床和疾病的预防。在这一时期，医学界主要采用自然科学的"实证加推理"的认识论和方法论来认识疾病和健康，因此，医疗活动也往往反映出明显的生物科学属性，故有人将其称为生物医学模式。

由于人类疾病在较早的历史时期主要是生物因素所导致的，而且给人类留下了深刻的影响，如历史上的鼠疫、黄热病等，上世纪初世界上大多数国家的主要死亡原因还是传染病，死亡率高达580/10万；而此后的几十年里，生物医学得到快速发展，逐渐认识到传染病是由生物病原体导致的，同时抗生素的发明和广泛使用，大多数国家传染病死亡率逐渐下降，直至30/10万以下，使长期危害人类健康的传染病得到控制。因此，生物医学为人类健康水平的提高做出了历史性贡献。目前，生物医学技术还在不断地发展，比如器官移植、基因工程等，并将进一步为提高人类健康水平作出贡献。

但是生物医学模式也存在某些缺陷，主要是其坚持的心身二元论和自然科学的分析还原论所带来的负面影响。因为生物医学在认识论上往往倾向于将人看成是生物的人，忽视人的社会属性。在实际工作中，只重视局部器官，忽略人的整体系统；重视躯体因素而不重视心理和社会因素；在医学科学研究中较多地着眼于躯体生物活动过程，较少注意行为和心理过程，忽视心理社会因素对健康的重要作用。正如1977年G. L. Engel在《科学》杂志上发表的《需要一种新的医学模式——对生物医学的挑战》一文中形象地指出，经典的西方医学将人体看成一架机器，疾病被看成是机器的故障，医生的工作则是对机器的维修。

二、生物-心理-社会医学模式

20世纪70年代，医学界曾掀起有关生物医学模式必须转变的大讨论，提出必须建立一种新的生物-心理-社会医学模式。

关于医学模式的转变问题，讨论主要涉及以下几个方面：

(1)随着生物因素疾病如传染病得到控制，人类死亡谱的结构已发生根本变化，心脏病、恶性肿瘤、脑血管病、意外死亡等取代传染病成为人类主要死亡原因。

(2)这些致死性疾病与吸烟、酗酒、滥用药物、过量饮食与肥胖、运动不足和对社会压力的不良反应等生活方式或行为方式有关，心理社会因素则是上述各种行为问题直接或间接的原因。

(3)现代社会的发展，使生活节奏加快，知识更新迅速，社会竞争加剧，这些都对人类的内部适应能力提出了挑战，如何保持健全的心理状态，如何调节不良情绪成为现代人面临的主要问题。

(4)通过几十年的深入研究，人们对心理社会因素与健康和疾病的关系已有较深入的了解。许多实验和临床证据也证明，心理活动的操作和调节对维持健康具有不可忽视的作用。

(5)随着人类物质文明的发展，人们对心身舒适的要求不断提高，迫切需要医生在解决其身体疾病造成的直接痛苦的同时，也帮助他们减轻精神上的痛苦。

上述种种分析表明，原来的生物医学模式已不足以阐明人类健康和疾病的全部本质；疾病的治疗也不能单凭药物或手术；人们对于健康的要求已不再停留在身体上的无病，而是更追求心身的舒适和协调。因此，医学模式的转变已是不可避免。所以，Engel G. L. 认为生物-心理-社会医学模式是一种系统论和整体观的医学模式，它要求医学把人看成是一个多层次的、完整的连续体，也就是在健康和疾病的问题上，要同时考虑生物的、心理和行为的，以及社会的各种因素的综合作用。

三、医学心理学与我国医学模式的转变

自古以来，我国传统医学——中医对中国人的健康水平起到至关重要的作用，中医坚持的就是整体论，强调"阴阳平衡"，"天人合一"，"辨证施治"的系统论。但从19世纪末，西医作为

笔记

一门现代科学传入我国以来，在相当长的一个时期内，对人们威胁最大的疾病谱序列决定了生物医学模式在我国医学界的统治地位，这种局面甚至持续至今。但近年来也出现可喜的局面，许多医学工作者意识到，心理社会因素对疾病和健康有重要的影响。

在20世纪前期，排在疾病谱首位的基本上是传染病、营养不良性疾病、寄生虫病等。随着经济条件的改善和科技的发展，我国的疾病谱发生了根本性变化，接近于发达国家，已逐渐由传染病向慢性非传染病转变，如心血管、心脑血管、肿瘤、糖尿病等，传染病只排到第四位。传统的传染病如结核、麻疹已得到有效控制，不再是威胁人类生命的主要因素，而人们生活方式的改变使慢性非传染病，如心脑血管疾病、癌症、慢性病等成为现代人健康的主要威胁。同时由于处于社会急剧变化的社会转型期，各种社会矛盾突显，从而导致人们生活和工作压力明显增大，各种应激和心理行为障碍快速增加。因此，为适应形势发展的需要，我国医学模式也必须尽快地向生物-心理-社会医学模式转变。

为了促进我国医学模式的转变，从20世纪80年代初开始，国内医学院校已陆续设置医学心理学课程。医学生和医学工作者通过各种途径系统地学习医学心理学有关知识，将有助于推动我国医学模式的转变。相信随着我国更多的医务工作者接受医学心理学知识，我国总体医疗服务水平将会发生质的变化。到时，各种心理行为技术将会在临床上得到广泛应用；综合医院中长期缺乏心理行为科技人才的局面将会改变；临床医学的研究范围也将大大拓宽，我国的医学管理模式也将随新的医学模式的确立而发生转变。全国各地许多医学工作者在自身的工作领域正在积极促进医学模式的转变，并取得一定成效。

由于医学模式的转变涉及整个医学体系和全体医学工作者，而且还涉及整个社会群体的思维意识的转变，但就现状看来，我国的社会经济发展水平，特定的历史和文化背景，医疗体制等等因素，决定了我国医学模式的转变需要经历较长时间，甚至还有很长的曲折道路要走，任重而道远。

四、医学心理学对疾病与健康的思考

综上所述，作为一门新兴的交叉学科，医学心理学始终坚持用生物-心理-社会医学模式来看待健康和疾病关系，坚持整体观和系统论的观点，把人看成是一个与社会环境、自然环境相互作用的多层次的、完整的连续体（见图1-1）。医学心理学对疾病与健康的认识主要有如下四个方面：

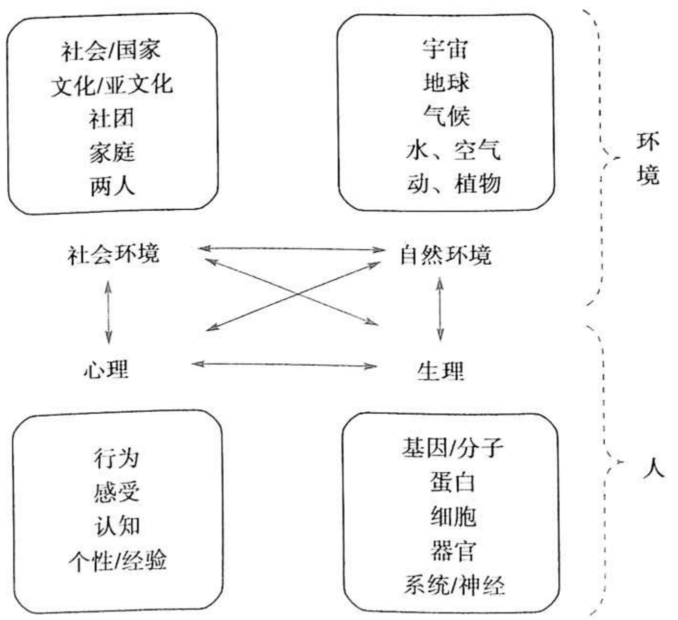


图1-1 人与自然相互作用整体观示意图
（修自姜乾金2005《医学心理学》第四版）

笔记

1. 人是一个完整的系统，大脑通过神经系统将全身各系统、器官、组织、细胞、蛋白、分子、基因等部分统一起来。如果只重视被分开的各个器官和系统功能，或将各个器官和系统割裂开来看待，忽视它们之间的整体联系，都是不恰当的，有害的，容易导致在临床工作中只见树木，不见森林的被动局面。

2. 人同时有生理活动和心理活动，心、身之间相互联系、相互作用。心理行为活动通过心身中介机制影响生理功能，同样生理活动也影响个体的心理功能。因此，在对待健康和疾病的问题上，应同时注意心身之间的相互影响。

3. 人与环境是密切联系的，人不仅是自然的人，而且也是社会的人。社会环境和自然环境的细微变化都会对人的心身健康产生剧烈影响。

4. 心理因素在人类调节和适应内外环境活动中具有一定的能动作用。人可以作为一个整体，对社会环境、自然环境和个体的内环境的变化可随时作出一些主动的适应性调整，以保持自身的健康水平。

因此，有专家认为，医学心理学科的发展促进了传统的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变，同时这种新的医学模式也对医学心理学的发展具有重要指导意义。作为医学生应在头脑中树立以上四个方面的认识，这对于今后的临床和科研工作大有裨益。从现代医学教育的角度，开设医学心理学课程，是生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变的需要。

（姚树桥）

第三节　医学心理学研究方法

医学心理学的研究对象是具有心理活动并受社会因素制约的人，除了可观察到的外显行为，还涉及内隐行为。因此，作为医学生要想科学客观地认识心理社会因素对健康和疾病的影响，必须重视和了解医学心理学的研究方法，并有意识地应用，这样才能加深对生物-心理-社会医学模式的理解，自觉应用医学心理学的研究方法解决临床工作中遇到的疑难问题。

一、方法学的特殊性

一方面由于医学心理学是多学科的交叉学科，既有自然科学属性，又有社会科学属性，其研究方法也涉及多种不同性质的学科。另一方面，与某些方法学已被熟知的成熟学科不同，医学心理学作为一门很年轻的交叉学科，如果在研究或临床工作中不重视方法学的学习，可能会在某部分医务人员头脑中出现由“常识心理学”代替科学心理学的情形，从而轻视和否认医学心理学重要性的倾向。

（一）医学心理学方法学的主要特点

1. 基础理论的多样性　医学心理学有关的理论很多，理论的多样性反映了对心理实质认识的不一致，同时也使研究和工作方法不统一。

2. 心理因素的主观性　与某些自然现象不同，许多心理现象的定量难度更大，常带有主观成分。这就需要在实际工作过程中更要注意方法学问题。

3. 研究对象的多学科属性　在医学心理学工作中常同时涉及社会、心理、生物等多学科的有关因素和变量。为了保证结果的科学性，需要我们同时掌握这些学科的一些基本研究方法和手段。

以上特点导致医学心理学研究方法学具有自身的特殊性，可出现宏观和微观并重，实证与思辨同行，形态与功能结合，单因素与多因素分析并存的特殊现象。

（二）医学心理学的量化方法

现代科学的成就在于对研究对象作量化的分析，物理、化学等学科量化非常精确。但心理

笔记

现象非常复杂,因此在医学心理学领域,对研究对象心理特征的量化工作,有时还显得粗糙,医学生在学习时应予以客观的分析。为便于理解,可将医学心理学的量化方法分为四类:

1. 描述 对研究对象之间的差别和特征进行语言的记载,以便读者理解。例如咨询门诊个案的症状报告,有关鉴定语或评语等。临床病程记录主要也是采用描述的形式。描述的科学性不在于方法的本身,而取决于描述的水平。描述实际上不是真正的量化,描述的结果也不便于进行统计分析。

2. 序量化 是指在现象学观察基础上,由被试或研究者对某些心理行为现象作等级评估。常分为3、4、5、7或10级予以记录。目前许多心理变量可以采用这种序量化的方式。例如让被试对自己的疼痛程度分10级作出评估,从无疼痛0分到极度疼痛10分。这种方法只能给予粗略的估计,其信度和效度较难把握,可能会影响研究的准确性。

3. 间接定量 是指采用各类心理调查问卷和评定量表对某些心理现象作定量的分析。这是一类间接的定量方法,例如"抑郁"无法直接定量,需要采用"抑郁量表"进行量化,但并不能随便使用一个"抑郁量表"。合格的抑郁量表的编制需要经过一定的心理测量学的检验和分析,例如首先定义什么是抑郁,应包括哪些症状条目,有哪些"因素",量化等级确定等,确保该量表的有效性和可靠性,即效度和信度符合心理测量学要求。故使用这类定量方法时必须特别重视其心理测量学分析结果。

4. 直接定量 是指对某些心理物理变量作直接测定。心理物理学中的声、光、电、机械等刺激或反应,如感觉阈限、反应时、皮肤电阻等的测定,以及动物实验时的行为活动次数和强度,某些心理治疗手段的实施时限和频率的记录等,都可以直接测量。但在医学心理学工作中,能使用直接定量的并不多。

在医学心理学临床实践和科学研究中,往往综合使用上述各种量化手段。

二、研究过程类型及方法

(一) 研究过程

一般来讲,医学心理学研究过程包括提出问题和假设、收集资料、检验假设、建立理论四个步骤。具体到医学心理学临床研究,研究过程可细分为六个步骤:提出假设、选择关键变量及其检查方法、确定临床研究范式、选定研究样本、检验假设、结果的解释和发布。

(二) 研究类型

研究分类方法有多种,如根据研究目的分为基础研究和应用研究,根据研究性质分为描述性和控制性研究。常见的分类方法是按照研究所涉及的时间特点,将研究分为横断研究(cross sectional study)和纵向研究(longitudinal study),前瞻性研究(prospective study)和回顾性研究(retrospective study)。

横断研究是选择在某些方面匹配的被试,在同一时间内进行观察和评定。其优点是节省人力物力,可以设计为有代表性的大样本研究,短时间内获取大量资料。缺点是研究欠系统、较粗糙,不能完全反映心理行为的发展变化过程。而且选择的对照组具有可比性,但在实际中难以找到完全相似的两组被试,降低了研究结论的效度。

纵向研究是对同一个人或同一组被试在指定的时间内进行追踪研究,观察、测量和评定被试在一段时间内发生所发生的变化。其优点是能研究心理行为的发展规律及其影响因素,缺点是必须考虑被试的心理行为的成熟程度、样本丢失、研究工具信度和效度、自然发生波动等因素的影响。

回顾性研究是以现在为结果,回溯到过去的研究,是目前医学心理学最常见的研究方式之一。这一研究方式由于条件限制较少,有其优点,但其缺陷是被试目前的心身状态会影响对过去资料报告的真实性和准确性。例如,一位患严重疾病者往往将目前的病况归因于自己的过

笔记

去，结果可能会报告较多的既往负性生活事件，对负性事件的严重程度的估计也可能偏高，从而造成了生活事件与现患疾病有关的假阳性结果。

前瞻性研究是以现在为起点追踪到将来的研究方法，可弥补回顾性研究的缺陷。例如在临床心理实验中，对一批A型行为类型者使用自我行为管理策略指导，并追踪此后整个行为干预策略实施过程中被A型行为的改变情况，从而证明这种治疗技术的实际效果。但由于前瞻性研究条件限制过多，实施比较困难，使用并不很普遍。

（三）研究方法

在医学心理学研究中，常用的研究方法有以下几类：

1. 个案研究 个案研究(case study)是对单一案例的研究。包括收集被试的历史背景、测验材料、调查访问结果，以及有关人员做出的评定和情况介绍。这种研究方法在医学心理学中经常出现，主要用于了解和帮助有心理问题或障碍的病人，在此基础上进行调查，做出诊断，设计治疗方案，并对治疗效果进行评估。例如，行为主义心理学家华生对一个名叫小艾伯特的男孩的研究，观察到恐怖症的习得过程。传统的个案法以个案史的回顾性调查为主，但也可用于前瞻性研究。个案法还特别适用于少见案例例如狼孩、猪孩、无痛儿童等心身问题的研究。个案研究通常需要追溯个案的历史和各方面的背景资料，所以具体可采用观察、交谈、测量和实验等方法。

个案法的优点在于研究对象少，便于进行全面、系统及深入的研究，个案研究重视从一个个案结果推出有关现象的普遍意义，因此在临床研究中对典型病例的个案研究意义重大，有时则作为大规模抽样研究(sampling study)的准备阶段。

其缺点主要有四点：第一，个案研究缺乏代表性，总体推论时特别要慎重；第二，研究是非控制性观察，结果属于描述性的，比较粗糙；第三，主观偏见降低了个案研究的效度；第四，个案研究结论容易被错误应用于仅仅是有联系但不是因果关系的事件。

2. 相关研究 相关研究(correlation study)是考察两个变量间是否有联系的一种研究方法与统计技术。相关研究法与实验法不同，不需要操作自变量，也不需要控制环境，是在自然环境中对两种以上变量进行观察。相关研究通常采用自然组设计，即从现有的自然人群中选择被试，以考察两个自然发生的变量间的关系。在医学心理学研究中常用的一类自然组设计是病例对照设计(case-control design)。

相关分析结果以相关系数大小表示。相关系数大小在 -1.00 至 +1.00 之间，相关系数的绝对值越接近于1.00，说明两个变量关联程度愈大，越接近于0.00，关联程度愈小。如果相关系数为正值，叫做正相关；相关系数为负值，则为负相关；相关系数为0，则无相关。

相关研究最大局限性是难以证实因果关系。既不能指明因果关系，也不能直接得到变量间因果关系的推论。相关研究最适合与达到了解和预见的目的，能为实验研究确定要研究的变量，以便作进一步的研究。相关研究在医学心理学研究中占有相当大的比例。

3. 实验研究 实验研究(experimental study)是在控制的条件下观察、测量和记录个体行为的一种研究方法，是科学研究中因果研究的最主要方法。实验法可分为实验室实验法、现场实验法和临床实验法。就实验研究设计而言，可以分为三大类：前实验设计(pre-experimental designs)、准实验设计(quasi-experimental designs)和真实验设计(true experimental designs)。

在医学心理学研究设计中，最简单的实验设计是准实验设计中的成组比较，有两个组，其中之一是实验组(experimental group)，另一个是对照组(control group)，除研究考察的变量不同外，两组间的其他影响因素都很类似。

实验研究的优点是能够最大限度的证实因果关系，弥补了个案研究和相关研究的不足。其缺点是控制的条件要求高，实施复杂、困难，实验研究过程必须严格控制无关变量，即便不能排除，也要求在实验中保持恒定。

笔记

临床实验研究范式在医学心理学具有重要意义，例如在医学临床，通过神经科脑部实验（在脑手术允许下）可取得许多宝贵的神经心理学资料，通过对有关心身疾病的临床研究可认识心身的相关性和心理治疗的疗效等；在医学心理学临床研究中，某些实验研究设计可在生活情景中进行，例如对一组幼儿实施连续三年期的行为干预，同时记录其有关心身变量并与未干预组做比较，证明该干预方法对幼儿的心身发展各项指标有重要意义等。临床实验研究也可采用观察、交谈、测量和实验等方法。

（吴大兴 姚树桥）

第四节 医学心理学的现状与发展

一、我国医学心理学产生的背景

在西方国家，德国学者 R. H. Lotze 于 1852 年首先采用医学心理学一词命名其著作。以后近一百年里，与医学心理学相关的大事件不断出现，其中各种心理诊断和心理治疗方法的诞生，奠定了医学心理学工作的基础。1977 年，G. L. Engel. 在《科学》杂志上发表了《需要一种新的医学模式——对生物医学的挑战》一文，直接推动了传统的生物医学模式向新的生物-心理-社会医学模式的转变，这是医学心理学相关工作普遍开展的国际大环境。此后，国外在医学院校工作的少数心理学家也成立了医学心理学系（教研室）或医学心理学科。但是在欧美国家，无论是在心理学科还是在医学学科内，均未设立独立的医学心理学分支学科，而只有相关类似的分支学科，如临床心理学、健康心理学和心身医学等。上世纪 70 年代末，我国众多老一代医学心理学专家根据我国医学教育的实际情况，为应对医学模式发展的需要，在推动心理科学与医学相结合，从而开创了医学心理学这一门新生的医学和心理学分支学科。虽然该学科历史较短，但发展迅速，逐渐完善，且颇具我国特色。我国的医学心理学吸取了心理学科中所有与健康相关的分支学科内容，尤其是生理心理学、异常心理学、健康心理学、临床心理学等，将心理学知识与技能应用于对人类健康的促进，以及疾病的病因探索、诊断、治疗及预防之中，医学心理学不仅丰富了心理学理论体系，而且在维护人类健康、防治疾病方面发挥了重要的实际作用。因为医学心理学科是我国的特色学科，所以这里仅就我国医学心理学现状和发展趋势做一介绍。

二、我国医学心理学科的现状

20 世纪 70 年代末，在卫生部领导下，全国各重点医学院校开始通过培训班形式培养医学心理学师资，逐步为医科生开设了医学心理学选修课程，并尝试编写医学心理学讲义和教材。20 世纪 80 年代中期，卫生部将医学心理学纳入了医科生必修课程，使医学心理学科建设步入快速、规范发展的轨道。至今，各医学院校均成立了医学心理学教研室（所、中心或系），各单位师资编制 5～10 人不等，从事医学心理学教学、科研及临床实践工作。同时，在卫生部教材办公室和全国高等医药教材建设研究会的组织下，针对不同层次医科生的特点，编写了系列的《医学心理学》卫生部规划教材。

20 世纪 80 年代，我国医学心理学的兴起与发展，在医学心理学研究领域也有相当的反映。最先得到医学心理学研究者重视的是临床心理评估方面的研究。早期主要是引进和修订一大批国际上著名心理测验，如韦氏智力量表、明尼苏达多相人格调查表等量表的修订，并得以广泛应用；中期则开始探索研制具有我国自主知识产权的心理评估方法，如临床记忆量表的编制；目前，重视现代测量学理论的指导作用，注意吸收实验心理学和认知神经科学最新研究成果，研制具有自主知识产权的、应用前景广泛的心理评估方法。在心理评估研究的同时，心理治疗与咨询方法研究也得到了广泛的重视，国际上主要流派的心理治疗方法相继在我国广泛应用，具有

笔记

我国特色的心理治疗方法如道家认知治疗也开始应用于临床。此外，在病理心理、神经心理、心理健康等领域，我国医学心理学工作者也取得了丰硕的研究成果。

中国心理学会在1979年成立了医学心理学专业委员会（2011年改名为医学心理学分会）。1985年，中国心理卫生协会成立。20世纪80年代中期以前，医学心理学科研论文大都在国内几家心理学杂志和医学杂志上发表。1987年，《中国心理卫生杂志》创刊；1992年，《中国行为医学科学》创刊；1993年，《中国临床心理学杂志》创刊。目前，全国相应的专业刊物已有近十种，标志着我国医学心理学科研工作有了良好的开端。同时，我国医学心理学科研工作者越来越多地在国际权威学术期刊上发表重要科研成果，国际影响日益增加。

近些年来，我国的医学心理学工作已逐渐扩大到基础医学、临床医学及预防医学各个领域，全国医疗、健康保健及相关机构建立了更多的医学心理咨询门诊，解决临床各科及健康领域的心理问题，反映了我国医学心理学科应用的广阔前景。

三、我国医学心理学科发展趋势

今后，我国医学心理学科将继续以生物-心理-社会医学模式作为指导思想，贯穿于理论与实践之中。加强医学心理课程建设和学科自我生存能力，提高医学心理工作者专业素养及专业水平，力争更多高水平的科研成果，扩大应用领域及提高临床服务的能力，均是我国医学心理学面临的主要挑战，并呈现出如下发展趋势：

1. 该学科队伍人数将快速增长，学历层次会进一步提高，教育结构会有相当的变化。围绕着医学心理学国家精品课程建设，教材将进一步优化，课程进一步规范化，教学质量进一步提高。

2. 具有我国自主知识产权的适用临床的心理测验和计算机辅助的心理测验数量大幅增加；具有某种法律效应的测验管理法规有可能产生，从而为我国心理测验的研究和开发提供了基本的保证。

3. 利用我国病理心理研究对象（包括脑损伤患者）资源的巨大优势，在心理障碍和脑损伤的病因和发病机制方面做出国际领先的成果。目前，医学心理学家通过基因、大脑、行为及环境多层面研究，极有可能阐明常见心理障碍的病因及发病机制，也有可能澄清心理应激与生活方式相关的躯体疾病的相互作用关系。

4. 通过对危险人群进行多方位的、有针对性的早期干预，非传染性慢性疾病和与人类生活方式关系密切的艾滋病、成瘾行为等发生率将大幅度降低。

5. 健康领域工作的医学心理学家将广泛参与旨在促进人们心身健康，减少损害健康的心理社会危险因素，提高人们（包括病人）生活质量的各项研究和实际工作，工作范围将扩大到基础医学、预防医学和内、外、妇、儿各临床学科以及老年医学和康复医学各个领域，在社会上产生越来越大的影响。

四、我国医学心理学工作者的培养

医学心理学是心理学与医学相结合的交叉学科，不仅涉及几乎所有的心理学分支学科，如基础心理学、异常心理学、神经心理学、生理心理学、临床心理学及健康心理学等，也涉及基础医学（如神经生物学、病理生理学）、临床医学（含内、外、妇、儿、耳鼻喉、皮肤、神经精神等）、预防医学和康复医学有关知识和技能，还涉及人类学、社会学、生态学等人文社科领域广泛知识，例如语言、交际、习俗、婚姻、家庭、社区、居住、工业化等方面社会文化背景及相关的心理学问题。因此，要成为一名专业的医学心理学工作者，需要在医学、心理学及相关的人文社科领域进行正规的、长期的学习和训练。目前，我国职业的医学心理学工作者工作场所很广，大多数在大专院校尤其是医学院校从事教学、科研和临床等方面工作，少数人在医院、卫生保健机构从事临床和科

笔记

研工作。预计可能和美国临床心理学家一样，在发展到一定阶段后，越来越多的人走向社区，开设心理诊所，开展心理疾病的诊治和预防工作。不管在什么场所从事何种工作，职业的医学心理工作者都需要接受正规训练，取得一定的资质，才能从事专业性工作。医学心理学工作者培养途径和方式甚多，其中短期培训与进修班、本科及研究生培养方式最为常见。

1. 短期培训和进修班 在20世纪80年代，医学心理学科尚处于初期发展阶段，专业人员极为缺乏。当时一大批来自相关学科(如基础医学、心理学、精神病学、公共卫生学、神经科学及社会科学等)人员进入医学心理学领域。为了在短时间内提高这些人员专业素养和业务水平，国内几所医学院在卫生部支持下，开展了医学心理学业务骨干和师资的培训，并接受半年至一年的进修生。至20世纪末，中南大学湘雅医学院(原湖南医科大学)、北京大学医学部(原北京医科大学)及中科院心理研究所等部门为我国培训了近万名医学心理学工作者，从而建立了一支有相当规模的专业队伍。值得一提的是，以原北京医学院为主要发起单位，连续10余次召开全国医学心理学教学研讨会，每次都有几十所院校教师参加，交流医学心理学工作尤其是教学工作的经验，这一活动对于我国医学心理学科建设，特别是教学工作，产生了积极的作用。

2. 医学心理学专业本科生培养的尝试 近年来，国内部分医学院校(至2011年底，已有百余所医药院校)开始招收和培养医学心理学专业本科生。培养模式主要有两种，一种按心理学科本科生培养模式进行培养(应用心理学专业医学心理学方向)，教学内容侧重心理学知识和技能，学制4年，毕业时授予理学或教育学学士学位；另一种按医学本科生培养模式进行培养(临床医学专业医学心理学方向)，教学内容侧重医学知识和技能，兼顾医学心理学知识和技能的训练，学制5年，毕业时授予医学学士学位。目前，各医学院校招收该专业方向本科生人数预计已达到万余名，这对我国未来医学心理学的发展将会产生深远的影响。

3. 医学心理学专业方向研究生的培养 按现行我国学科分类系统，医学心理学科属于心理学科(一级学科)中的应用心理学(二级学科)的分支学科(三级学科)，也有部分医学院校自主将医学心理学科作为二级学科设置在基础医学或临床医学(一级学科)之中。学科分类的不统一，导致了目前我国医学心理学专业方向研究生毕业时的学位名称不一致，有的授予教育学或理学学位，有的授予基础医学或临床医学学位。但是，各院校医学心理学专业方向研究生培养模式大同小异，均强调了医学心理学科研能力和实践能力并重的培养模式，即科学家——实践家培养模式。目前，我国医学心理学专业方向研究生培养分为硕士研究生和博士研究生两个层次。医学院校中有医学心理学专业方向硕士学位授予权的较多，招收研究生数量也较大，学制通常是3年；但是，具有医学心理学专业方向博士学位授予权的院校很少，每年招收人数不到50名，还有极大的发展空间。通过医学心理学专业方向研究生的培养，为我国医学心理学科的发展培养了一大批高素质的学术人才和业务骨干，这必定是将来我国医学心理学工作者职业化发展的主要途径。

(姚树桥)

笔记

第二章　心理学基础

人的心理或心理现象分为基本的心理过程和个性特征两个方面，并且具有生物和社会的双重属性。作为医学生，应该首先掌握基本的心理学概念和知识，以及心理的生物与社会学基础，为进一步学习医学心理学知识和方法打下基础。

第一节　心理现象及其本质

一、心理现象

日常生活中，人会接触到各种各样的现象，有自然现象如彩虹、地震、流水等，也有社会现象如追星；还有一些心理现象，如看见壮丽的山水美景，人会感觉心旷神怡、心情舒畅。心理现象(psychological phenomena)是个体心理活动的表现形式，一般把心理现象分为两类，即心理过程和个性特征。

心理过程包括认知过程、情感过程与意志过程。认识过程是人获得信息及信息加工和处理的过程，包括感觉、知觉、记忆、思维、想象等；人在认识客观事物的时候，由于客观事物的不同、客观事物与人的关系不同，人对客观事物会产生不同的态度或体验，如满意或不满意、愉快或不愉快等，这些复杂多样的态度或体验称为情绪和情感。产生态度或体验的过程就是情绪情感过程。人不仅能认识事物，体验对事物的态度，而且还能为了满足某种需要，自觉地确定目的，制订计划，克服困难，努力达到目的。这就是人的意志过程。人由于先天素质不一样，生活的环境和受到的教育也存在差别，以及从事的实践活动的不同。所以，人在活动的过程中，会表现出其各自的独特的特点，这些特点就是他的人格特点。人格是人稳定的心理特征的综合。

人的心理过程和人格是相互密切联系的。人格心理是通过心理过程形成的；同时，已经形成的人格又会制约心理过程的进行，并在心理活动过程中得到表现，从而对心理过程产生重要影响，使得每一个人在认知、意志、情感等方面表现出明显的人格差异。心理现象的构成见图2-1。

- 心理现象
  - 心理过程
    - 认知过程（感觉、知觉、记忆、思维、想象等）
    - 情感过程（喜、怒、哀、忧、思、悲、恐、惊等）
    - 意志过程（有意识地确定目的、克服困难、调节和支配自身的行动等）
  - 个性特征
    - 人格倾向性（需要、动机、兴趣、观点、信念等）
    - 人格特征（能力、气质、性格）
    - 自我意识系统（自我认识、自我体验、自我调控）

图2-1　心理现象的构成

二、心理的本质

人类对心理的本质问题经历了相当长的探索历史，只有到了近代，辩证唯物主义才将心理的本质问题做出了科学的解释。科学的心理观认为，脑是心理的器官，心理是脑的功能，是脑对

笔记

客观现实主观的、能动的反映。归纳起来，可以理解为，心理是人脑的功能，是客观现实的反映。

（一）心理是脑的功能

心理活动与脑有密切的关系，人类的心理现象是人脑进化的结果。大脑是由大量神经细胞借助突触而形成的一个巨大的网络系统。每个神经细胞可能和六万到三十万个神经细胞发生联系。从动物进化上看，随着神经系统特别是脑的进化，动物的心理由无到有、由简单到复杂在逐渐的发展着变化。特别是随着新皮层的出现，动物的心理有了质的改变，如类人猿的大脑皮质能够借助于表象和简单的概括能力，在一定程度上反映事物之间的关系，并解决一些较复杂的问题。不同的动物随着其心理的需要，其皮层发展也是不同的，如人和猿猴相比，颞区、下顶区和额区的面积显著地增大，这些脑区正是对信息进行加工、综合、贮存、控制等的部位。大脑既可同时接受各种刺激，还受过去所经历过的刺激的影响，加上反馈作用，使得心理变得极为复杂。现代个体研究也发现，心理的发生发展也是以脑的发育为物质基础的。现代的生理解剖和临床医学证明，人脑由于外伤或疾病受到损伤，相应的心理活动也会发生改变，例如大脑右半球病变时就会引起视空间、注意和情绪障碍。这都证明了心理是脑的功能。

（二）心理是脑对客观现实主观的、能动的反映

脑是心理产生的器官，是一切心理活动的物质基础，但大脑本身并不能凭空产生心理活动，客观现实是心理的源泉和内容，没有客观现实就没有心理。心理活动的内容来源于客观现实，人的感觉和知觉是由于客观事物直接作用于人的感觉器官而产生的反映，记忆、思维、情绪情感等心理活动是在感知觉的基础上形成和发展起来的。脑对客观现实进行反映时，不是机械的，被动的反映，是一种主观的反映，受到个人经验、个性特征和自我意识等多种因素的影响。在这一过程中，逐渐形成了不同的心理水平、心理状态和人格特征，而这些内容反过来又影响和调节个体对客观现实的反映，从而表现出人的心理的主观特点。

第二节 认知过程

认知过程（cognitive process）是指人们获得知识或应用知识的过程，或信息加工的过程，这是人的最基本的心理过程，它包括感觉、知觉、记忆、想象、思维和语言等。人脑接受外界输入的信息，经过头脑的加工处理，转换成内在的心理活动，再进而支配人的行为，这个过程就是信息加工的过程，也就是认知过程。认识过程中思维是核心。

一、感 觉

感觉（sensation）是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的个别属性的反映，是最基本的认知过程。它是我们认识客观事物的第一步，感觉给我们提供了内外环境的信息，保证了机体与环境的信息平衡，它是一切较高级、较复杂的心理现象（如思维、记忆）的基础。

（一）感觉的分类

根据刺激的来源可把感觉分为外部感觉和内部感觉。外部感觉是由外部刺激作用于感觉器官引起的感觉，包括视觉、听觉、嗅觉、味觉和皮肤觉。内部感觉是由有机体内部的刺激所引起的感觉，包括运动觉、平衡觉、内脏感觉（包括饥渴、饱胀、窒息等）。

1. 视觉 视觉是光刺激于人眼所产生的感觉。是人类对外部世界进行认识的最主要途径，人类所接受的信息有80%是来自于视觉的。视觉能使人们快速意识到环境中刺激物的变化，并做出相应的行为反应。视觉的适宜刺激是波长为380～780nm的可见光波。

2. 听觉 听觉是声波作用于耳所产生的感觉。听觉是人类另一重要感觉。听觉的适宜刺激是声波（16～20000Hz）。

3. 嗅觉 嗅觉是由有气味的气体物质作用于鼻腔黏膜中的嗅细胞所引起的。研究人员发

笔记

现不同的气味对人体可以产生不同的作用。比如，有一些芳香物质可以使人精神振奋，减轻疲劳，提高工作效率；天竺葵花的香味具有镇静作用，能使病人安然入睡。

4. 味觉　味觉的感觉器官是舌头上的味蕾，能够溶于水的化学物质是味觉的适宜刺激。一般认为，人有酸、甜、苦、咸四种基本味觉，其他味觉都是由它们混合产生的。实验证明，人们的舌尖对甜味最敏感，舌中部对咸味敏感，舌两侧对酸味敏感，而舌根部则对苦味最为敏感。

5. 皮肤觉　皮肤觉的基本形态有四种：触觉、冷觉、温觉和痛觉。皮肤觉的感受器在皮肤上呈点状分布，称触点、冷点、温点和痛点，它们在身体不同部位的数目不同。皮肤觉对人类的正常生活和工作有着重要意义。人们通过触觉认识物体的软、硬、粗、细、轻重，盲人用手指认字，聋人靠振动觉欣赏音乐，都是对皮肤觉的利用。

（二）感觉的特征

1. 感受性与感觉阈限　感受性也叫感觉的敏锐程度，是感受器对刺激的感受能力。感觉总是由一定的刺激引起，但并非所有的刺激都能让人感觉到。例如，落在手背上的灰尘，我们是感觉不到的，但是一个小石头落在手背上，我们就能感觉到。感受性的高低用感觉阈限大小来测量。感觉阈限是衡量感觉能力的客观指标，可分为绝对感觉阈限和差别感觉阈限。我们把刚刚能引起某种感觉的最小刺激量称为绝对感觉阈限，觉察出最小刺激量的能力称为绝对感受性；刚刚能引起差别感觉的刺激的最小变化量是差别感觉阈限，觉察出同类刺激物之间最小差别量的能力是差别感受性。感受性与感觉阈限成反比关系，阈限低感受性高，感觉敏锐；反之，阈限越高，感受性越低，感觉越迟钝。各种感觉的绝对感觉阈限并不相同，同一感觉的绝对感觉阈限也因人而异。另外，人的各种感受性都不是一成不变的，它们受内外条件的影响，例如适应、对比、感官之间的相互作用；生活需要和训练等都能导致相应的感受性发生变化。

2. 感觉的适应　是指由于刺激物对感受器的持续作用使感受性发生变化（感受性提高或降低）的现象，就是感觉的适应。人具有很高的适应性；适应机制使人能够在变动的环境中比较容易进行精细分析，从而实现较准确的反应。感觉器官在弱刺激持续作用下，感受性会增强，如暗适应现象；感觉器官在强刺激持续作用下，感受性会减弱。但人的适应是有限度的，不断的适应和过度的适应则易使人疲劳，降低感受性。

3. 感觉的对比　是指同一感觉器官在不同刺激物的作用下，感受性在性质和强度上发生变化的现象。例如，黑人牙齿总给人以特别洁白的感觉。感觉对比分为同时对比和继时对比两种。如右手泡在热水盆里，左手泡在凉水盆里，然后双手同时放进温水盆里，结果右手感觉凉，左手感觉热。这叫同时对比。再如，先吃糖，后吃苹果，就会感觉苹果变酸，这叫继时对比。

4. 感觉的相互作用　是指当一种感觉器官受到刺激而产生一种特定感觉的同时又产生另外一种不同的感觉。如颜色的感觉就具有冷暖感、远近感：红、橙、黄等色有温暖感，称为暖色，同时又能使空间感觉上变小；蓝、青、紫等色有寒冷感，称为冷色，同时又能使空间在感觉上变大。

5. 感受性的补偿与发展　感受性的补偿是指当某种感受器受到损伤之后，在社会生活与实践活动的影响下，其他感受器的感受性大大提高的现象。如美国妇女海伦·凯勒盲聋哑俱全，但其手指触觉却发展的极其敏锐，她能用手指敲击感同人谈话，经过努力终于成为著名的教育家，其感觉补偿作用达到了惊人的程度。感受性的发展是指人的感受性在生活和劳动实践的长期锻炼中，是可以大大提高和发展的，特别是通过实践活动和某些特殊训练，可以提高到常人不可能达到的水平。如《水浒传》里的郑屠，称肉不差分毫；卷烟包装工一次能抓二十支卷烟；卖油翁不洒一滴油，缘由"无它，唯技之熟耳"。

6. 联觉　当一种感觉器官受到刺激而产生一种特定感觉的同时又产生另外一种不同的感觉。我们感觉到的"沉重的乐曲"、"甜蜜的笑容"等就是联觉现象。

笔记

二、知　　觉

知觉(perception)是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的整体属性的反映,它是一系列组织并解释外界客体和事件产生的感觉信息的加工过程。例如,我们看见一个红红的苹果、听到一首动听的歌曲,而不是仅仅看到红色的、圆形,听到高音或低音、乐音或噪音,这些就是知觉现象。

感觉和知觉是人认识客观事物的初级阶段,是人的心理活动的基础。人们通过感觉可以认识事物的个别部分或个别属性,而通过知觉能够把由各种感觉通道所获得的感觉信息进行整合以获得对事物整体的认识。人的感觉的产生更多地受客观刺激的影响,而知觉的产生除了受客观刺激的作用外,还很大程度上要受个人经验等主观因素的制约。

(一) 知觉的分类

根据知觉反映的客观事物的特性的不同,我们可以把知觉分为空间知觉、时间知觉和运动知觉。

1. 空间知觉 空间知觉是对物体的形状、大小、远近、方位等空间特性的知觉。它包括形状知觉、大小知觉、距离知觉和方位知觉等,是多种感受器协同活动的结果。

2. 时间知觉 是对客观事物的顺序性和延续性的反映。

3. 运动知觉 是个体对物体空间移动以及移动速度的反映。例如,鸟在天上飞、鱼在水里游等等。通过运动知觉,人们可以分辨物体的运动和静止,以及运动速度的快慢。

(二) 知觉的基本特性

1. 知觉的选择性 人在知觉事物时,首先要从复杂的刺激环境中将一些有关内容抽象出来组织成知觉对象,而其他部分则留为背景,这种根据当前需要,对外来刺激物有选择地作为知觉对象进行组织加工的特征就是知觉的选择性。知觉的选择性是个体根据自己的需要与兴趣,有目的地把某些刺激信息或刺激的某些方面作为知觉对象而把其他事物作为背景进行组织加工的过程。影响知觉选择性的客观因素不仅与客观刺激物的物理特性有关,还与知觉者的需要和动机、兴趣和爱好、目的和任务、已有的知识经验以及刺激物对个体的意义等主观因素密切相关。知觉的选择性既受知觉对象特点的影响,又受知觉者本人主观因素的影响。

2. 知觉的整体性 是指知觉系统把感觉到客观事物的个别特征、个别属性整合为整体的功能的特性。知觉的整体性与过去经验有关,还与知觉对象本身的特征有关,如对象的接近性、相似性、连续性、封闭性等。一般来说,刺激物的关键部分、强的部分在知觉的整体性中起着决定作用。临床医生根据患者疾病的典型特征作出正确的诊断就是知觉整体性的体现。

3. 知觉的理解性 人在感知当前的事物时,不仅依赖于当前的信息,还要根据自己过去的知识经验来理解它,给它赋予一定的意义,这就叫做知觉的理解性。知觉的理解性使人的知觉更为深刻、精确和迅速。知觉的理解性会受到情绪、意向、价值观和定势等的影响,在知觉信息不足或复杂情况下,知觉的理解性需要语言的提示和思维的帮助。知识、经验不同,对知觉对象的理解也不同。

4. 知觉的恒常性 当知觉对象的刺激输入在一定范围内发生了变化的时候,知觉形象并不因此发生相应的变化,而是维持恒定,这种特性称为知觉的恒常性。例如,一个人从不同角度看篮球板上的篮筐,视觉形象均不同,但也仍然以篮筐是"圆"的而不是"椭圆"的形状来知觉。知觉的恒常性有利于人们正确地认识和精确地适应环境,对于我们现实生活有着重大意义。它可以使我们保持对事物本来面目的认识,保持对事物的稳定不变的知觉,从而更好地适应不断变化的环境。

(三) 错觉

当你坐在正在开着的火车上,看车窗外的树木时,会以为树木在移动;当我们在大路上行走时,放眼向远方望去,路两边的树木仿佛相会在一起,两条等长的线段,一条垂直于另一条的中点,那么垂直线段看上去比水平线段要长一些,这些现象都是错觉。错觉(illusion)是在客观事

笔记

物刺激作用下产生的对刺激的主观歪曲的知觉，是不正确的知觉。在生活中常见的错觉有大小错觉、形状错觉、方向错觉、形重错觉、倾斜错觉、运动错觉、时间错觉等。错觉产生的机制到目前虽然不清楚，但是研究错觉对我们更好的研究知觉和认识自然现象具有重大的意义。在错觉中，视错觉表现得最明显（见图2-2）。

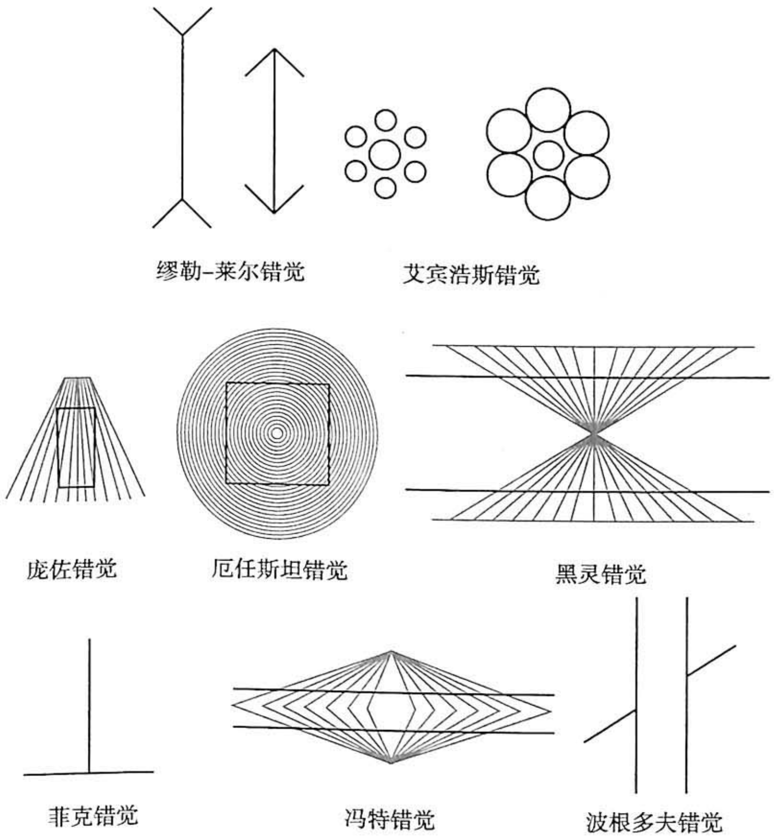


图2-2　视错觉

三、记　忆

（一）记忆的概念和分类

记忆（memory）是指在头脑中积累和保持个体经验的心理过程。从信息加工的观点看，记忆是人脑对外界输入的信息进行编码、储存和提取的过程。记忆根据分类标准的不同，可以分为不同的类型。

1. 按记忆的内容分类　根据记忆的内容不同，记忆可分为形象记忆、逻辑记忆、情绪记忆和运动记忆。形象记忆是以感知过的客观事物在头脑中再现的具体形象为内容的记忆。它可以帮助我们记住事物的具体形象，包括事物的大小、形状、颜色、声音以及物体的活动变化等。语词逻辑记忆又称语义记忆，是指以概念、公式、理论、推理等为内容的记忆。它是人类所特有的，具有高度的理解性、逻辑性的记忆。情绪记忆以过去体验的情绪、情感为内容的记忆。如触景生情、经验教训等都是情绪记忆。运动记忆又称操作记忆，是对过去做过的运动或操作动作的记忆。如开车、游泳都是运动记忆。这种记忆是技能、技巧、技术和习惯动作形成的基础。

2. 按记忆加工的方式或保持时间的长短分类　根据记忆中信息保持时间的长短，将记忆分为感觉记忆、短时记忆和长时记忆。瞬时记忆的信息在感觉系统存留时间仅有0.25～2秒钟，具有鲜明的形象性。短时记忆是瞬时记忆和长时记忆的中间阶段，信息在头脑中存留5秒钟～2分钟，信息储存量有限，一般为7±2个记忆单位。长时记忆是指信息经过深入加工在头脑中长期贮存的记忆。长时记忆的内容是个体的知识和经验，可以保持一段时间，甚至终生。

笔记

3. 根据记忆时空关系的方式分类 图尔文(Tulving,1972)将长时记忆分为两类:情景记忆和语义记忆。情景记忆是指人们根据时空关系对某个事件的记忆。这种记忆是与个人亲身的经历分不开,如人们对自己参加某次聚会的记忆,对游览某个景点的记忆。由于该记忆受一定的时间空间的限制,信息的储存容易受到各种因素的干扰,因而不够稳定。语义记忆是指人们对一般知识和规律的记忆,与特殊的地点、时间无关。如人们对符号、公式、定理等的记忆。这种记忆受规则、知识、概念和词的制约,较少受外界因素的干扰,因而比较稳定。

4. 根据记忆获得的方式分类 安德生(Anderson 1980)根据记忆获得的方式以及提取时是否需要意识的参与,将记忆分为陈述性记忆和程序性记忆两种。陈述性记忆是指对有关事实和事件的记忆。它可以通过语言传授而一次性获得。它的提取往往需要意识的参与,如我们对日常生活常识的记忆。程序性记忆是指如何做事情的记忆,包括对知觉技能、认知技能和运动技能的记忆。在利用这类记忆时往往不需要意识的参与。例如,一项运动技能的形成,先前的动作要领的学习是陈述性记忆,动作技能形成以后,形成了某项动作后的操作动作是程序性记忆。

(二) 记忆的基本过程

1. 识记 识记(memorization)是通过对客观事物的感知与识别而获得事物的信息和编码,并在头脑中留下映象的过程。识记是记忆的开端,是保持的前提。

2. 保持 保持(retention)指识记过的材料(经验)和获得的信息在头脑中得到储存和巩固的过程。它是实现再认和再现的重要保证。保持是一个动态变化的过程,表现为保存信息的数量和质量会随着时间的推移而发生改变。在质的方面:一种是原来识记内容中的细节趋于消失;另一种是增添了原来没有的细节,内容更加详细、具体,或者突出夸大某些特点,使其更具特色。在量的方面:一种是记忆回溯现象,即在短时间内延迟回忆的数量超过直接回忆的数量,也有人称之为记忆恢复现象;第二种倾向是识记的保持量随时间的推移而日趋减少,有部分内容不能回忆或发生错误,即遗忘。

3. 再认和再现(回忆) 再认和回忆都是对长时记忆所储存的信息提取的过程。再认(recognition)是指过去经历过的事物重新出现时能够识别出来的心理过程。再现(reproduction)是过去经历过的事物不在主体面前,由其他刺激作用而在大脑里重新出现的过程。通常是能够回忆的内容都可以再认,而可以再认的内容不一定能够回忆。

(三) 遗忘

记忆的内容不能保持或提出时有困难称为遗忘。遗忘可分为暂时性遗忘和永久性遗忘。由于某种原因对识记材料一时不能再认或回忆的叫暂时性遗忘,识记过的内容不经重新学习不能再认或回忆的叫永久性遗忘。

德国心理学家艾宾浩斯(H. Ebbinghaus)对遗忘规律做了首创性系统性的研究。结果表明,学习后最初一段时间遗忘快,随时间推移和记忆材料的数量减少,遗忘便渐渐缓慢,最后稳定在一定水平上(见图2-3)。遗忘的规律与特点如下:

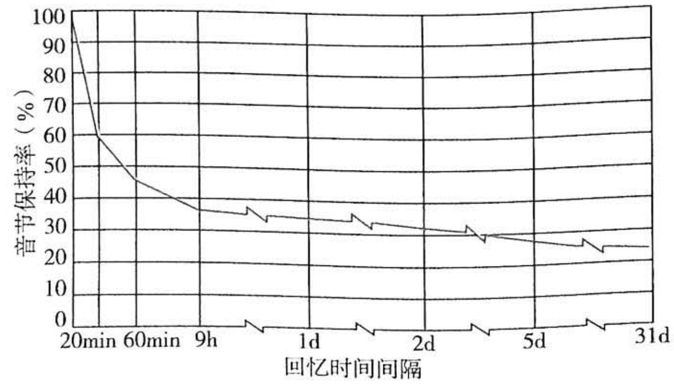


图2-3 艾宾浩斯遗忘曲线

笔记

1. 遗忘进程先快后慢　遗忘的进程是不均衡的，有先快后慢的特点，德国心理学家艾宾浩斯(Ebbinghaus)首先发现了这一现象。

2. 遗忘的多少与记忆材料的性质和长度的关系　从记忆材料的性质上说，抽象的材料遗忘快于形象的材料；无意义的材料遗忘快于有意义的材料；言语材料遗忘快于形象材料；熟练的技能遗忘最慢。从记忆材料的长度来说，记忆材料长度越长，就越容易遗忘。

3. 遗忘的多少与个体的心理状态的关系　能满足个体需要或对个体有重要意义的材料容易保持，不能满足个体需要或对个体没有意义的材料容易遗忘；能引起个体愉快的情绪体验的材料容易保持，能引起个体不愉快的情绪体验的材料容易遗忘。

4. 遗忘与个体的学习程度和学习方式的关系　从学习程度方面来说，学习重复的次数越多，就越不容易遗忘，但从经济高效的角度来看，超额学习百分之五十最佳；从学习方式方面来说，反复阅读与试图回忆相结合比单纯的反复阅读记忆保持的效果好。这是因为，反复阅读与试图回忆相结合能加强注意力，充分利用时间。

四、思　　维

(一) 思维的概念

思维(thinking)是人脑间接地概括地对客观事物的反映。人的思维是借助概念、表象和动作，在感性认识的基础上认识事物的一般的和本质的特征和规律性联系的心理过程。

间接性和概括性是思维过程的主要特征。思维的间接性表现在它是借助其他事物为媒介间接地认识事物。比如，医生难以直观感知到病人心肌缺血，但借助心电图描记的 ST 段下移和 T 波倒置就可间接地诊断为心肌缺血。思维的概括性表现两个方面：一是对一类事物共同本质特征概括性的认识。例如，在医院里用于医疗的工具很多，而且具体用途也各不相同，但都具有一个共同的特征，即都是用于医疗的工具，抓住这一本质特征，就可统称为医疗器械。二是对事物之间规律性的内在联系的认识。例如，严重腹水的患者一般都有移动性浊音，这是医生对“严重腹水”和“移动性浊音”之间规律性联系的认识。

(二) 思维的分类

1. 根据思维方式分类　①动作思维，是以实际动作或操作来解决问题的思维，即思维以动作为支柱，依赖实际操作解决具体直观的问题，在个体心理发展中，此种思维方式是 1～3 岁幼儿的主要思维方式，在实际的生活中成人也常常依赖实际操作来解决一些问题，但这种直观动作思维要比幼儿的直观动作思维水平高。②形象思维，是利用具体形象解决问题的思维，思维活动依赖具体形象和已有的表象，在个体心理发展中，它是 3～6 岁儿童的主要思维方式，也是许多艺术家、文学家及设计师较多运用的思维方式。③抽象思维，是以抽象的概念和理论知识来解决问题的思维，这是人类思维的核心形式，例如，学生运用公式、定理、定律解答数、理、化的问题的思维方式等。

2. 根据思维探索答案的方向(思维的指向性)分类　①聚合思维，也称求同思维，就是把解决问题所能提供的各种信息聚合起来，得出一个正确的答案或一个最好的解决问题的方案。②发散思维，又称求异思维，是指解决一个问题时，沿着各种不同的方向去进行积极的思考，找出符合条件的多种答案、解决方法或结论的一种思维。

3. 根据思维的独立程度来分类　①常规思维，是用常规的方法和现成的程序解决问题的思维。这种思维不创造新成果，创造性水平很低。②创造性思维，是指在思维过程中，在头脑中重新组织已有的知识经验，沿着新的思路寻求产生一些新颖的、前所未有的、有创造想象参加的且具有社会价值的思维。

(三) 思维过程

笔记

1. 分析与综合　分析是指在头脑中把整体事物分解为各个部分或各个属性，再分辨出个别

方面、个别特征，并加以思考的过程。而综合则是在头脑中把事物的各个部分、各个特征、各种属性结合起来，形成一个整体。综合是思维的重要特征，通过综合，可以全面、完整地认识事物，从而认识事物之间的联系和规律。

2. 比较和分类 比较是在分析综合的基础上，把各种事物和现象加以对比，从而找出事物之间的相同点、不同点及其联系。通过比较，才能看出异中之同或同中之异。分类是在比较的基础上确认事物主次并将其联合为组、局、种、类的过程。通过分类可揭示事物的从属关系、等级关系，从而使知识系统化。

3. 抽象与概括 抽象是找出事物的本质属性，排除非本质属性的思维过程。概括是在思想上把抽象出的各种事物与现象的共同特征和属性综合起来，形成对一类事物的概括性本质属性的认识。例如炎症有各种表现，经抽象找出其本质特征如红、肿、热、痛。推而广之，只要有红、肿、热、痛就可确认为炎症。这就是概括。

五、想象和表象

（一）想象

1. 想象的定义 想象（imagination）是对大脑中已有表象进行加工改造，形成新形象的过程。想象有形象性和新颖性的特点，是一种创造性的反映客观现实的形式。如孙悟空、猪八戒等形象就是想象的成果。

2. 想象的种类 根据产生想象时有无明确的目的性，可以把想象划分为有意想象和无意想象。有一定目的、自觉进行的想象是有意想象；有意想象又分为再造想象、创造想象和幻想。在刺激作用影响下，没有目的、不由自主地进行的想象是无意想象。如“青春期白日梦”。在日常生活中，梦是很常见的一种无意想象。

（二）表象

表象（representation）是指曾经感知过的事物在大脑中留下的映象。表象是想象的素材，但想象不是表象的简单再现，而是对表象进行加工改造，重新组合形成新形象的过程。表象具有直观性、概括性和可操作性的特点。表象是想象的素材，但想象不是表象的简单再现，而是对表象进行加工改造，重新组合形成新形象的过程。

六、注　　意

注意（attention）是心理活动对一定对象的指向和集中。注意本身不是一种独立的心理活动，它不能单独进行或完成，它是心理活动的一种属性或特性，指向性和集中性都是注意的基本特征。

（一）注意的功能与外部表现

注意的有选择功能、保持功能及对活动的调节和监督功能，这些功能使个体能从大量周围环境的刺激中，选择出哪些对人很重要，哪些对人不那么重要，排除无关信息，控制并使信息保持在意识中。

注意是一种内部心理状态，可以通过人的外部行为表现出来。人在注意时，血液循环和呼吸都可能出现变化，当注意高度集中时，还常常伴随某些特殊的表情动作，如托住下颌、凝神远望等。

（二）注意的分类

1. 无意注意 是指没有预定目的，也不需要做意志努力的注意。如天空中突然有一架轰隆而至的飞机，人们不由自主地抬头去望，这时的心理活动就是无意注意。无意注意是一种初级的、被动的注意形式，它的产生和维持，不依靠意志的努力。新异的刺激物、强度大的刺激物、刺激物与背景的差别大以及刺激物的运动和变化都是引起无意注意的客观因素。

笔记

2. 有意注意　是指有预定的目的，需要一定意志努力的注意，是注意的一种高级形式。人们在劳动、工作和学习中都需要大量的有意注意才能完成任务。有意注意自觉主动地服从一定目的和任务，有意注意的客体不一定吸引人。需通过一定意志努力自觉调节和支配，去注意那些必须注意的事物。

3. 有意后注意　是指事先有预定的目的，但不需要一定意志努力的注意。有意后注意是在有意注意的基础上发展起来的，它具有高度的稳定性，是人类从事创造活动的必要条件。如人们在进行熟练地阅读、打字、开车等机械枯燥的工作，在强迫自己做下去的同时，不断培养自己对事物的兴趣，随着熟悉强度的加大，慢慢地接受这份工作，而不需意志力的努力。

（三）注意的品质

良好的注意应具有适当的范围、比较稳定、善于分配和主动转移等四个品质。

1. 注意广度　是指在单位时间内（0.1 秒）能够清楚地把握的对象数量。在 0.1 秒的时间内，人眼只能知觉对象一次，那么这一次知觉到的数量就是注意的范围。正常成人能注意到 4～6 个毫无关联的对象。

2. 注意的稳定性　是指在同一对象或同一活动上注意所能持续的时间，这是注意品质在时间上的特性。保持的时间越长，表明注意的稳定性越好。一般人的注意集中时间为 10 分钟左右，但经过严格训练的外科医生可以集中注意在手术部位达数小时之久。注意的稳定性并不是一成不变的，而是在间歇性地加强和减弱，这种现象叫做注意的起伏，是注意的基本规律之一。

3. 注意分配　是指在同一时间内人把注意同时指向两种或两种以上活动或对象中去的能力。注意分配的能力可以通过训练得到提高，例如通过长期的针对性训练，足球运动员在比赛中的注意分配情况可谓眼观六路、耳听八方。

4. 注意转移　是指个体有目的地、主动地把注意从一个对象转移到另一个对象。注意转移的速度主要取决于注意的紧张性和引起注意转移的新的刺激信息的性质。决定注意转移快慢的因素有：①原有注意的紧张、稳定和集中的程度。紧张度高者较难转移；②引起注意转移的新事物的意义、趣味性与吸引力的大小。新事物越符合个体的需要时越易引起注意转移；③个体的神经活动类型。灵活型者较易产生注意转移。

（孙宏伟）

第三节　情绪和情感过程

情绪是人脑的高级功能，它对个体的记忆、学习、决策有着重要的意义，是人类生存和适应的重要保障。人们在与客观实践过程中，必然接触到自然界和社会中的各种现象和对象，也一定会遇到得失、顺逆、荣辱、美丑等各种情境，从而产生喜、怒、哀、惧等情绪、情感体验。正是由于情绪、情感的不同变化，才使得人们的心理活动丰富多彩。

一、情绪和情感的概念

情绪（emotion）和情感（affection）是指人们对客观事物是否符合自身需要的态度的体验。是个体对当前所面临的事物与正在进行的活动或已形成的观点之间的关系的体验和反映。情绪与情感是人们对客观事物的一种反映形式，客观事物是产生情绪、情感的源泉，离开了客观事物，情绪、情感就成了无源之水。客观事物与人的需要之间关系，又决定了人对客观事物的态度，人对这种关系进行反映的形式则是体验和感受。所以当客观事物满足了人的需要和愿望时，就会引起人的诸如高兴、愉快、满意、爱慕等积极肯定的情绪和情感；当客观事物不能满足人的需要和愿望时，会引起人的诸如生气、苦闷、不满、憎恨等消极否定的情绪和情感；当客观事物只能满足人们一部分需要时，则会引起诸如喜忧参半、百感交集、啼笑皆非等肯定与否定、积极

笔记

与消极相互交织的情绪与情感。

二、情绪和情感的关系

情绪情感是彼此依存、相互交融的，稳定的情感是在情绪的基础上发展起来的，同时又通过情绪反应得以表达；情绪的变化往往反映情感的深度，在情绪发生的过程中，常常蕴涵着情感。

情绪和情感曾统称为感情，它既包括感情发生的过程，也包括由此产生的各种体验，因而用单一的感情概念难以全面表达这种心理现象的全部特征。现代心理学分别采用情绪和情感来表达感情的不同方面。情绪和情感区别在于，情绪主要指感情过程，也就是脑的神经机制活动的过程。情绪代表了感情的种系发展的原始方面，所以情绪的概念可用于动物和人。情绪和情感又是人类社会历史发展的产物，而且情感是人才具有的高级心理现象，情感的概念是感情性的"觉知"方面，集中表达感情的体验和感受。经常用来描述那些具有稳定的、深刻的社会意义的感情。其区别还表现为，情绪是和有机体的生理需要能否得到满足相联系的体验，例如，饮食需要是否得到满足所引起的愉快或不愉快的体验；而情感是指人在社会历史发展过程中产生的，与社会需要相联系的体验，是比较复杂的体验。情绪带有情境性，变化快，某种情境的消失就会使得某种情绪消失；而情感是对事物的稳定态度，受到情境的影响小。情绪往往由事物的表面现象引起，因此带有冲动性；情感的产生则与对事物的深刻认识相联系，因而冲动性较少。

三、情绪的功能

1. 情绪是适应生存的工具 情绪是生物进化的产物。在低等动物种系中，几乎无情绪而言，只有一些具有适应性的行为反应模式。当动物的神经系统发展到皮质阶段时，生理唤醒在头脑中产生相应的感受状态并留下痕迹时，最原始的情绪就存在了。当特定的行为模式、生理唤醒及相应的感受状态出现后，就具备了情绪的适应性，其作用是使机体处于适宜的活动状态。所以，情绪从一开始产生就成为适应生存的工具。

人类继承和发展了动物情绪这一高级适应手段。情绪的适应功能在于改善和完善人的生存条件。例如，婴儿在出生时，由于脑的发育尚未成熟，还不具有独立生存的基本能力，他们靠情绪信息的传递，得到成人的抚育。人们常通过快乐表示情况良好；通过痛苦表示急需改善不良处境。由于人生活在高度人文化的社会里，情绪适应功能的形式有了很大的变化，人用微笑向对方表示友好，通过移情和同情来维护人际联结，情绪起着促进社会亲和力的作用，但对立情绪有着极大的破坏作用。总之，各种情绪的发生，时刻都在提醒着个人和社会去了解自身或他人的处境和状态，以求得良好适应。

2. 激发行为动机 情绪构成一个基本的动机系统。它能够驱动有机体发生反应、从事活动，在最广泛的领域里为人类的各种活动提供动机。情绪的动机功能既体现在生理活动中，也体现在人的认识活动中。

内驱力是激活有机体行为的动力。情绪的作用在于能够放大内驱力的信号，从而更强有力地激发行动。例如，人在缺水或缺氧的情况下，产生补充水分或氧气的生理需要。但是这种生理驱力本身并没有足够的力量去驱化行动。而此时产生的焦虑感起着放大和增强内驱力信号的作用，并与之合并而成为驱动人行为的强大动机。

内驱力带有生物节律活动的刻板性。情绪反应却比内驱力更为灵活，它不但能根据主客观的需要及时地发生反应，而且可以脱离内驱力独立地发生作用。情绪的动机功能还体现在对认识活动的驱动上，认识的对象并不具有对活动的驱动性，促使人去认识事物的是兴趣和好奇心。兴趣作为认识活动的动机，导致注意的选择和集中，支配感知的方向和思维加工，从而支持着对新异事物的探索。

笔记

3. 心理活动的组织作用 情绪是独立的心理过程，有自己的发生机制和活动规律。作为脑

内的一个监察系统，情绪对其他心理活动具有组织作用。它包括对活动的促进或瓦解两方面，正性情绪起协调、组织作用，负性情绪起破坏、瓦解或阻断作用。研究证明，情绪能影响认知操作的效果，影响效应取决于情绪的性质和强度。愉快强度与操作效果呈倒"U"型，即中等唤醒水平的愉快和兴趣为认识活动提供最佳的情绪背景，过低或过高的愉快唤醒均不利于认知操作（见图2-4）。对于负性情绪来说，痛苦、恐惧的强度与操作效果呈直线相关，情绪强度越大，操作效果越差。

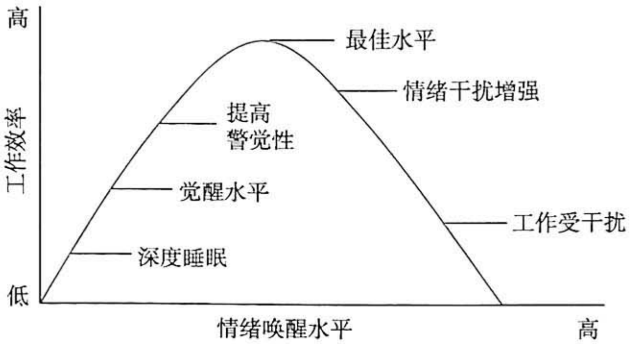


图2-4　情绪与工作效率关系示意图

情绪的组织功能在对记忆的影响方面也有体现。在良好情绪状态下，人们就很容易回忆带有愉快情绪色彩的材料；如果识记材料在某种情绪状态下被记忆，那么在同样的情绪状态下，这些材料更容易被回忆出来。情绪的组织功能也表现在对人行为的影响。人的行为常被当时的情绪所支配。当人处在积极、乐观的情绪状态时，倾向于注意事物美好的一面，而在消极情绪状态下则使人产生悲观意识，失去希望和渴求，更易产生攻击性行为。

4. 成为人际交往的手段　情绪和语言一样，具有服务于人际沟通（interpersonal communication）的功能。情绪通过独特的无言语沟通形式，即由面部肌肉运动、声调和身体姿态变化构成的表情来实现信息传递和人际间相互了解。其中面部表情是最重要的情绪信息媒介。在许多情景中，表情能使言语交流的不确定性和模棱两可的情况明确起来，成为人的态度、感受最好的注释；在人的思想或愿望不宜言传时，也能够通过表情来传递信息。表情信号的传递不仅服务于人际交往，而且常常成为人们认识事物的媒介。例如当面临陌生的不确定的情景时，人们常从他人面孔上搜寻表情信息，然后才采取行动。这种现象称作情绪的社会性参照作用（social referencing of emotion），它有助于人的社会适应。情绪的沟通交流作用还体现在构成人际之间的情感联结上。例如婴儿对母亲的依恋就是以感情为核心的特殊的情感联结模式。此外，情感联结还有许多其他形式，如友谊、亲情和恋爱等都是以感情为纽带的联结模式。

四、情绪和情感的分类

情绪分类的方法有许多，我国最早的情绪分类思想源于《礼记》，其中记载人的情绪有"七情"分法，即喜、怒、哀、惧、爱、恶、欲七种基本情绪。从生物进化的角度来看，人的情绪可分为基本情绪和复合情绪。基本情绪是人与动物共有的，每一种基本情绪都具有独立的神经生理机制、内部体验和外部表现，并有不同的适应功能。20世纪70年代初，美国心理学家伊扎德（Izard CE）用因素分析的方法提出人类的基本情绪有11种，即兴趣、惊奇、痛苦、厌恶、愉快、愤怒、恐惧、悲伤、害羞、轻蔑和自罪感等。还有的心理学家将情绪分为七类。虽然情绪的分类方法有很多，但一般认为有四种基本情绪，即喜、怒、哀和惧。

（一）情绪的基本分类

1. 快乐　快乐是一种感受良好时的情绪反应，一般来说是一个人盼望和追求的目的达到后产生的情绪体验。由于需要得到满足，愿望得以实现，心理的急迫感和紧张感解除，快乐随之而

笔记

生。快乐的程度取决于多种因素，包括所追求目标价值的大小、在追求目标过程中所达到的紧张水平、实现目标的意外程度等。

2. 愤怒 愤怒是指在实现目标时受到阻碍，而使愿望无法实现时产生的情绪体验。愤怒时紧张感增加，并且有时不能自我控制，甚至可能出现攻击行为。愤怒的程度取决于干扰的程度、干扰的次数与挫折的大小。愤怒的引起在很大程度上依赖于对障碍的意识程度。这种情绪对人的身心的伤害也是非常明显的。

3. 悲哀 悲哀也称也称悲伤，是指心爱的事物失去时，或理想和愿望破灭时产生的情绪体验。悲哀的程度取决于失去的事物对自己的重要性和价值。悲哀时带来的紧张的释放，会导致哭泣。当然，悲哀并不总是消极的，它有时能够转化为前进的动力。

4. 恐惧 恐惧是企图摆脱和逃避某种危险情景而又无力应付时产生的情绪体验。所以，恐惧的产生不仅仅是由于危险情景的存在，还与个人排除危险的能力和应付危险的手段有关。一个初次出海的人遇到惊骇浪或者鲨鱼袭击会感到恐惧无比，而一个经验丰富的水手对此可能已经司空见惯，泰然自若。

复合情绪是由基本情绪的不同组合派生出来的，在以上这四种基本情绪的基础之上，可以派生出众多的复杂情绪，如厌恶、羞耻、悔恨、嫉妒、喜欢、同情等。

（二）情绪状态的分类

情绪状态是指在一定的生活事件影响下，一段时间内各种情绪体验的一般特征表现。根据情绪状态的强度和持续时间可分为心境、激情和应激。

1. 心境 心境（mood）是指微弱而持久，带有渲染性的情绪状态。具有弥漫性，它不是关于某一事物的特定的体验，而是以同样的态度体验对待一切事物。喜、怒、哀、惧等各种情绪都可能以心境的形式表现出来。一种心境的持续时间依赖于引起心境的客观刺激的性质，如“感时花溅泪，恨别鸟惊心”；一个人取得了重大的成就，在一段时间内处于积极、愉快的心境中。

心境对个体既有积极的影响，也会产生消极的影响。良好的心境有助于积极性的发挥，可以提高工作学习效率；不良的心境会使人沉闷，妨碍工作学习，影响人们的身心健康。所以，保持一种积极健康、乐观向上的心境对每个人都有重要意义。

2. 激情 激情（intense emotion）是一种迅猛爆发、激动短暂的情绪状态。激情是一种持续时间短、表现剧烈、失去自我控制力的情绪，激情是短暂的暴发式的情绪体验。人们在生活中的狂喜、狂怒、深重的悲痛和异常的恐惧等都是激情的表现。和心境相比，激情在强度上更大，但维持的时间一般较短暂。激情通过激烈的言语暴发出来，是一种心理能量的宣泄，从一个较长的时段来看，对人的身心健康的平衡有益，但过激的情绪也会使当时的失衡产生可能的危险。特别是当激情表现为惊恐、狂怒而又爆发不出来的时候，会出现全身发抖、手脚冰凉、小便失禁、浑身瘫软等症状。

3. 应激 应激（stress）是指个体对某种意外的环境刺激所做出的适应性反应，是个体觉察到环境的威胁或挑战而产生的适应或应对反应。比如，人们遇到突然发生的火灾、水灾、地震等自然灾害时，刹那间人的身心都会处于高度紧张状态之中。此时的情绪体验，就是应激状态。

应激既有积极作用，也有消极作用。一般应激状态使机体具有特殊的防御或排险功能，使人精力旺盛，活动量增大，思维特别清晰，动作机敏，帮助人化险为夷，及时摆脱困境。但应激也会使人产生全身兴奋，注意和知觉的范围缩小、言语不规则、不连贯，行为动作紊乱等表现。紧张而又长期的应激甚至会导致休克和死亡。

（三）情感的分类

情感是指与人的社会性需要相联系的主观体验。人类高级的社会性情感主要有道德感、理智感和美感。

笔记

1. 道德感 道德感（moral feeling）是在评价人的思想、意图和行为是否符合道德标准时产

生的情感。由于不同历史时代、不同社会制度、不同的民族具有不同的道德标准，所以人的道德感具有社会历史性。

2. 理智感　理智感(rational feeling)是在认识和评价事物过程中所产生的情感。它是人们学习科学知识、认识和掌握事物发展规律的动力。人的理想、世界观对理智感有重要的作用。例如求知欲、好奇心等都属于理智感的范畴。

3. 美感　美感(aesthetic feeling)是根据一定的审美标准评价事物时所产生的情感。人的审美标准既反映事物的客观属性，又受个人的思想观点和价值观念的影响，美感具有一定的社会历史性，不同历史时期、不同文化背景的人们对美的认识不同，例如，唐朝的女性以胖为美。

五、情绪的维度与两极性

情绪的维度(dimension)是指情绪所固有的某些特征，主要指情绪的动力性、激动性、强度和紧张度等方面，这些特征的变化幅度又具有两极性(bipolarity)，即每个特征都存在两种对立的状态。

1. 情绪的动力性　情绪的动力性有增力和减力两极。一般地讲，需要得到满足时产生的肯定情绪是积极的，可提高人的活动能力，对活动起促进作用；需要得不到满足时产生的否定情绪是消极的，会降低人的活动能力，对活动起瓦解作用。

2. 情绪的激动性　情绪的激动性有激动与平静两极。激动是由一些重要的刺激引起的一种强烈的、外显的情绪状态，如激怒、狂喜、极度恐惧等；平静的情绪是指一种平稳安静的情绪状态，它是人们正常生活、学习和工作时的基本情绪状态，也是基本的工作条件。

3. 情绪的强度　情绪的强度有强、弱两极。在情绪的强弱之间有各种不同的强度，如从愉快到狂喜，从微愠到狂怒。在微愠到狂怒之间还有愤怒、大怒、暴躁等不同程度的怒。情绪强度的大小决定于情绪事件对个体意义的大小，较重大的情绪反应强烈，较小的则情绪反应弱。

4. 情绪的紧张度　情绪的紧张度有紧张和轻松两极。人们情绪的紧张程度决定于面对情境的紧迫性，个体心理的准备状态以及应变能力。如果情境比较复杂，个体心理准备不足而且应变能力比较差，人们往往容易紧张，甚至不知所措。如果情境不太紧急，个体心理准备比较充分，应变能力比较强，人就不会紧张，而会觉得比较轻松自如。

六、表　　情

情绪和情感是内部的主观体验，当这种体验发生时，又总是伴随着某些外部表现，并可观察到。人的外显行为主要指面部可动部位的变化、身体的姿态和手势，以及言语器官的活动等等。这些与情绪情感有关联的行为特征称为表情(emotional expression)，它包括面部表情、身段表情和言语表情。

1. 面部表情　面部表情(facial expression)是指通过眼部、颜面和口部肌肉的变化来表现各种情绪状态。达尔文在他的《人类和动物的表情》一书中认为，表情是动物和人类进化过程中适应性动作的遗迹。例如，悲伤时的嘴角下拉，可能源于啼哭时的面型，其功能是在苦难中求援。这种求援行为的痕迹世世代代遗传下来，就自然成为不愉快的普遍表情。正因为人的表情具有原始的生物学的根源，所以，许多最基本的情绪，如喜、怒、悲、惧的原始表现是通见于全人类的。一些心理学家提出人面部的不同部位在表情方面的作用是不同的。艾克曼经实验证明，眼睛对表达忧伤最重要，口部对表达快乐与厌恶最重要，前额能提供惊奇的信号，眼睛、嘴和前额对表达愤怒情绪都是重要的。

2. 身段表情　身段表情(body expression)是指情绪发生时身体各部分呈现的姿态，通常也称“体语”。如兴奋时手舞足蹈，悔恨时捶胸顿足，愤怒时摩拳擦掌等身体姿势都可以表达个人的某种情绪。

笔记

手势(gesture)是一种重要的身段表情,它通常和言语一起使用来表达人的某种思想感情。在一些情况下,手势也可以单独使用,如人们在无法用言语进行沟通时,往往是通过手势等肢体语言进行交流,表达个人的情感,传达个人信息,它为人们提供了非言语信息和感觉反馈。近年来,人们发现通过身体的反馈活动可以增强情绪和情感的体验。

3. 言语表情 言语表情(language expression)是指情绪发生时在语音的语调、节奏和速度等方面的变化,是人类特有的表达情绪的手段。言语中音调的高低、强弱,节奏的快慢等所表达的情绪是言语交际的重要辅助手段。例如喜悦时语调高昂,语速较快;悲哀时语调低沉,语速缓慢,此外,感叹、激愤、讥讽、鄙视等也都有一定语速和语调的变化。

由于外部表达方式具有习得性,人们往往为达到某种目的而故意隐瞒或装扮出某种情绪表现,因此表情常常带有掩饰性和社会称许性,所以我们在观察个体的情绪变化时,只注意他的外在表现是不够的,还需要注意观测个体的一些生理变化的指标。

七、情绪的理论

关于情绪理论的研究,由于不同学派的观点不同、采取的研究方法各异,导致研究结论也各有所不同。

1. 詹姆士-兰格的情绪外周学说 美国心理学家詹姆士(James W.)和丹麦生理学家兰格(Lange C.)各自于1884年和1885年提出了观点基本相似的理论。詹姆士认为情绪是由内脏器官和骨骼肌肉活动在脑内引起的感觉,情绪是对身体变化的知觉。在他看来,悲伤是由哭泣引起,而愤怒是由打斗所致。兰格还特别强调情绪与血管变化的关系。在这一理论中,他们认为情绪产生的方式是:刺激情境→机体反应→情绪。詹姆士-兰格理论提出了机体生理变化与情绪发生的直接联系,强调了自主神经系统在情绪产生中的作用,因此也称为情绪的外周学说(见图2-5)。

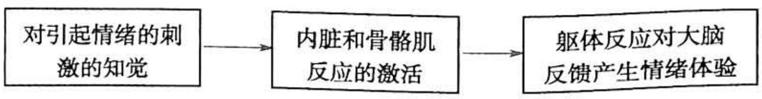


图2-5 詹姆斯-兰格的情绪外周理论示意图

2. 坎农-巴德的情绪丘脑学说 坎农(Cannon W. B.)认为情绪产生的中心不在外周系统,而在中枢神经系统的丘脑。坎农和巴德于20世纪20~30年代提出了情绪的丘脑学说,他们认为由外界刺激引起感官的神经冲动,通过感觉神经传至丘脑,再由丘脑同时向上向下发出神经冲动,向上传到大脑产生情绪的主观体验,向下传至交感神经引起机体的生理变化(见图2-6)。

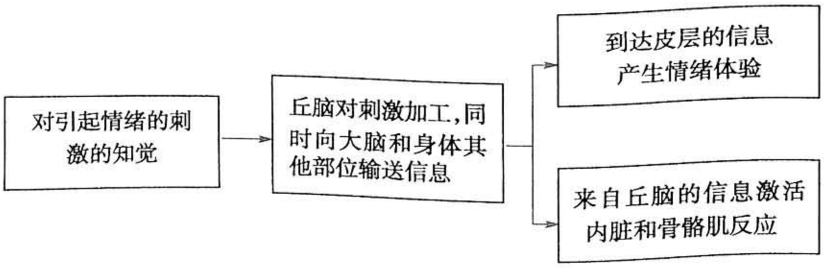


图2-6 坎农-巴德的情绪丘脑学说示意图

3. 阿诺德的评定-兴奋学说 美国心理学家阿诺德(Arnold,M. B.)于20世纪50年代提出了情绪的"评定-兴奋学说",强调情绪的来源是大脑皮层对刺激情境的评估,大脑皮层的兴奋是情绪产生最重要的条件。刺激情境并不能直接决定情绪的性质,同一刺激情境,人对他的认知和评估不同,就会产生不同的情绪。例如人们在森林里看到虎会产生恐惧,而在动物园里看到关在笼子里的虎却不产生恐惧。阿诺德认为情绪产生的具体模式是:外界刺激作用于感受器,

笔记

产生神经冲动，通过感觉神经上传至丘脑，进而传至大脑皮层，在大脑皮层刺激得到评估，形成一种特殊的态度，这种态度通过皮层的冲动传至丘脑的交感和副交感神经，并进而将冲动下行传至血管和内脏组织，引起血管和内脏反应。血管和内脏的反应进一步反馈到大脑皮层，大脑皮层进行再次评估，使认识经验转化为情绪体验。

4. 沙赫特-辛格的情绪三因素学说　20世纪60年代美国心理学家沙赫特（Schachter S.）提出情绪的产生是受认知过程、环境刺激、生理反应三种因素所制约，其中认知因素对情绪的产生起关键作用。沙赫特和辛格（Singer J.）1962年用实验来验证他们的理论，证明情绪状态是由认知过程、环境刺激、生理反应在大脑皮层中整合的结果，即环境中的刺激因素通过感受器向大脑皮层输入外界信息；同时生理因素通过内部器官、骨骼肌的活动也向大脑输入生理变化的信息；认知过程是对过去经验的回忆和对当前情境的评估，来自这三方面的信息经过大脑皮层的整合作用之后，才产生某种情绪体验。沙赫特-辛格理论认为认知评价在情绪产生中起着关键作用，故亦称为情绪认知学说。

第四节　意志过程

意志（will）是指人们自觉地确定目标，有意识地支配、调节行为，通过克服困难以实现预定目标的心理过程。意志作为人的重要的精神力量，对人的活动有着最直接的影响。

意志是人类所特有的一种极其复杂的心理过程，是和人类所独有的第二信号系统的作用分不开的。意志使人的内部意识转化为外部的动作，充分体现了意识的能动性。意志具有引发行为的动机作用，但比一般动机更具选择性和坚持性，因而可以看成是人类特有的高层次动机。

意志过程和认识过程、情绪情感过程共同构成了人的心理过程，它们从不同方面反映了心理活动的不同特征，认知是基础，情感是动力，意志是保证，三者之间是相互联系、相互影响的，一方面认识过程是意志活动的前提和基础，认识协助意志确定目的、制定计划、采取克服困难的合理办法，而情绪情感对意志具有动力作用，表现为情绪情感既能激发又能阻碍人的意志行动；另一方面意志过程又可以推动认识活动的不断深入，同时意志对情绪情感具有调节和控制作用。

一、意志行动的基本过程和特征

（一）意志行动的基本过程

人的意志是通过行为表现出来的，受意志支配的行为称为意志行动。意志行动的基本过程包括采取决定阶段和执行决定阶段。采取决定阶段是意志行动的初始阶段，它包括确定行动的目标，选择行动的方法并做出行动的决定；执行阶段是意志行动的完成阶段，一方面它要求个体坚持执行预定的目标和计划好的行为程序，另一方面制止和修改那些不利于达到预定目标的行动。只有通过这两个阶段，人的主观目的才能转化为客观结果，主观决定才能转化为实际行动，实现意志行动。

（二）意志行动的基本特征

意志的首要特征是具有明确的目的性，这是意志活动的前提。人不同于一般动物，不是消极被动地适应环境，而是积极能动地改造世界，成为现实的主人。人为了满足某种需要而预先确定目的，并有计划地组织行动来实现这一目的。人在从事活动之前，活动的结果已经把行动的目的以观念的形式存在于头脑中，并用这个观念来指导自己的行动。人的这种自觉的目的性还表现在能发动符合于目的的行动，同时还能制止不符合目的的另一些行动。意志的这种调节作用也是意志的能动性表现。

意志的第二个特征是意志是与克服困难相联系的，这是意识活动的核心。在实际生活中，

笔记

并不是人的所有目的的行动都是意志的表现，有的行动虽然也有明确的目的，如果不与克服困难相联系，就不属于意志行动。意志是在人们克服困难中集中表现出来的，这种困难包括内部的困难和外部的困难，内部的困难指来自于自身内部的困难，如缺乏信心等；外部困难是指来自于外部环境的困难。所以，个体的行动需要克服的困难越大，意志的特征就显得越充分、越鲜明。

意志的第三个特征是以随意活动为基础。人的活动可分随意活动和不随意活动两种。不随意活动是指那些不以人的意志为转移的、自发的、控制不了的运动，主要指的是由自主神经支配的内脏运动。随意运动是指可以由人的主观意识控制的运动，主要是由支配躯体骨骼肌的自主神经控制的躯干四肢的运动。意志行动是有目的的行动，这就决定了意志行动是受人的主观意识调节和控制的。

二、意志的品质

意志的品质是指构成人的意志的某些比较稳定的心理特征。意志品质是人格的一个组成部分，它具有明显的个体差异。良好的意志品质是在人生中逐渐形成的，需要从小进行培养和自我锻炼。

1. 自觉性 它是指能主动地支配自己的行动，使其能达到既定目标的心理过程。个体具有明确的行动目的，并能充分认识行动效果的社会意义，使自己的行动符合社会、集体的利益，不屈从于周围人的压力，按照自己的信念、知识和行动方式进行行动的品质。与自觉性相反的有意志的动摇性、受暗示性、盲从、随波逐流、刚愎自用和独断性等。

2. 果断性 意志的果断性是指人善于明辨是非，迅速而合理地采取决断，并实现目的的品质。这种品质以深思熟虑和大胆勇敢为前提，在动机斗争时，能当机立断，在行动时，能敢作敢为，在不需要立即行动或情况发生变化时，又能立即停止已做出的决定。与果断性对立的是优柔寡断、患得患失和草率从事，都是不果断的表现。

3. 坚韧性 是指一个人能长期保持充沛的精力，战胜各种困难，不屈不挠地向既定的目的前进的品质。与坚韧性相悖的品质是做事虎头蛇尾、见异思迁、急躁、轻浮、疑虑和执拗等。

4. 自制性 是指一种能够自觉地、灵活地控制自己的情绪和动机，约束自己的行动和语言的品质。这种人能够克服懒惰、恐惧、愤怒和失望等抗内、外诱因的干扰能力。善于使自己做与自己愿望不符合的事情，执行已确定的目的和计划。与自制性相对立的是任性和怯懦。易冲动、易激惹、感情用事则是自制性差的表现。

（杨艳杰）

第五节 人 格

传统的方法把人的心理现象划分为心理过程和人格（也有称为个性心理）两大部分。人格部分又可分为人格倾向性和人格特征。本节将着重介绍其中主要的人格倾向性和人格特征：气质、能力和性格。

一、概 述

（一）人格的概念

人格（personality）一词来源于拉丁文“面具”（persona）。人格是一种十分复杂的心理现象，由于研究者理论观点及研究侧重点的不同，解释也不尽相同，目前尚无统一的和为大家都能接受的定义。一般认为，人格是指一个人的整个精神面貌，具有一定倾向性的、稳定的心理特征的总和。

笔记

在心理学中，还有一个与人格的含义相似的同义词为个性（individuality）。从广义的角度，两者没有大的区别。但严格地说，个性与人格还是有一定不同。个性着重强调人的独特性，强调人与人之间的差异性。而人格则强调人的整体性。值得注意的是，人们在日常生活中常说："你不要污辱他的人格"，"我以我的人格担保"等等，这里的人格的涵义并不是心理学中人格的概念，而是带有法律和社会伦理道德的意味。人格是一个复杂的内在组织，包括人的思想、态度、兴趣、气质、人生哲理以及体格和生理特点等。

（二）人格的特征

尽管对人格的理解不尽一致，但都强调了人格概念所具有的重要特点：

1. 独特性与共同性　人的人格千差万别。俗话说："人心不同，各如其面"。人们常说"世界上没有两片相同的树叶"，心理学家认为，"世界上没有两个相同的人"，个体之间的区别，不在于外貌长相，而在于人格特点。独特性除了人的遗传因素外，还表现出成长过程中的各种特色。人格还存在着共性，这种共性是在一定的群体环境、社会环境、自然环境中逐渐形成的，并具有稳定性和一致性，它制约着个人的独特性特点。

2. 社会性与生物性　人格是在一定社会环境中形成的，人格既具有生物属性，也有社会属性。因此，人格必然会反映出一个人生活环境中的社会文化特点，体现出个人的社会化程度和其角色行为，说明了人的人格的社会制约性。脱离了人类社会实践活动，不可能形成人的人格。"狼孩"的故事就是最有力的例证。

3. 稳定性与可塑性　由各种心理特征构成的人格结构是比较稳定的，它对人的行为的影响是长期、一贯性的。日常生活中在某些场合中所表现出的一时偶然的心理特征不能被认定为其人格特点。例如，有人在某种刺激下，表现的比较冲动。并不表明这个人具有暴躁的性格特点。所谓"江山易改，秉性难移"其实在心理学中并无贬义，只是说明了人格的稳定性。人格并非一成不变，随着现实的多样性和多变性而发生或多或少的变化，只是这种变化是比较缓慢的。

4. 整体性　人格由许多心理特征所组成，这些心理特征相互影响，相互制约组成个体复杂的人格结构体系，使人的内心世界、个体动机与外显行为之间保持和谐一致。否则将会导致人格分裂的病态特征。

（三）人格心理结构

人格心理结构包括倾向性、心理特征和自我调节系统。

1. 人格倾向性　它是决定人对客观事物的态度和行为的基本动力。是人格心理结构中最活跃的因素，主要是在后天社会化过程中形成。人格倾向性主要包含需要、动机、兴趣、理想、信念和世界观等。人格倾向性的各种成分之间相互影响和相互制约。

2. 人格心理特征　它指个体心理活动中所表现出的比较稳定的心理特点，它集中反映了人的心理活动的独特性。人格心理特征主要包含能力、气质和性格。

3. 自我调节系统　自我调节系统的核心是自我意识。它是指个体对自己作为客体存在的各方面的意识，通过自我感知、自我评价和自我分析、自我控制等对人格的各种心理成分进行调节和控制，使人格心理诸成分整合成一个完整的结构系统。

（四）影响人格形成的因素

人格形成的影响因素，在心理学界曾存在争论，不同心理学派给予不同的解释。当今人格形成过程中先天遗传素质、社会生活环境和教育等因素的作用成为众多心理学家的共识。人格是在个体先天遗传素质的基础上，在后天社会环境的社会实践中逐渐形成和发展起来的，其中教育发挥了主导作用。

遗传素质是人格形成和发展的自然基础，在能力、气质和性格三者中以气质受其影响最明显。

社会生活环境和实践活动是人格发展的决定因素。它包含家庭、学校教育、人际关系和社

笔记

会文化背景等因素。值得注意的是家庭中父母行为和教育方式对早期儿童人格的形成影响极大。

（五）人格特质理论

在心理学科的发展过程中，人格作为一种复杂的心理现象，历来是许多心理学家研究的重要问题之一，受其不同心理学派的理论体系影响，形成了众多的人格特质理论。其中具有代表的观点主要有以下几个方面：

1. 卡特尔的特质理论 卡特尔（Cattell R. B.）是美国著名的人格心理学家和特质论者。卡特尔通过群集分析法和因素分析法将人的特质分为表面特质与根源特质。

表现特质是指能够直接从外部观察到的个体的特质，其特点是经常发生，可以外部直接观察到的外显行为，卡特尔通过研究提出人的表面特质共有35个。根源特质则是隐藏在表面特质背后并制约表面特质的特质。它是人格结构体系中最重要的部分。例如，日常生活中一个人经常表现出独立、大胆和坚韧的人格特点，这些就是表面特质。通过对这些表面特质进行统计学的研究，发现彼此间具有很高的相关性，经过因素分析可以得出它们的共同根源特质是“独立性”。卡特尔认为，根源特质之间相关性小，彼此各自独立，并且相当稳定，但其强度却因人而异，这就决定了人际之间人格的差异性。卡特尔及其同事通过对35个表面特质的因素分析，得出了16个根源特质，以此作为“卡特尔16种人格因素问卷”（16PF）建构的基础（详见第五章），该问卷已广泛应用。

2. 艾森克人格维度理论 英国心理学家艾森克（Eysenck H. J.）运用精神病学、心理问卷测验、客观性动作测验和身体测量等多种方法分析人格结构，并对这些材料进行了因素分析。艾森克认为人格是由两个基本维度构成，它们分别是外向——内向维度（简称外内向维度，用E表示）和情绪稳定——不稳定维度（简称情绪维度，用N表示）。他以这两个基本维度构成人格的32种基本特质，并以此与胆汁质、多血质、黏液质和抑郁质四种气质类型相对应，从而构成了著名的艾森克人格二维模型。多年后艾森克还提出人格的第三个维度即精神质维度，但其含义尚待充分阐明。艾森克根据上述理论编制出人格测验问卷（简称“EPQ”，详见第五章）。

3. 大五人格理论 人格研究领域传统上有临床的、相关的和实验的三种不同的研究取向。从弗洛伊德的人格结构到卡特尔（R. B. Cattell）的十六种人格因素，无论采用什么研究取向，都是力图构建一个可能描述、解释人格特点的人格模型。但这些众多的人格模型所包括的因素数量和因素性质都有很大的不同，一致性很小。20世纪90年代，一些心理学家提出了人格五因素模式，被称为“大五人格（Big Five Personality）”，作为性格研究的通用构架，并且得到广泛认同和接受。大五人格包括：外向性（extroversion）、随和性（agreeableness）、尽责性（conscientious）、神经质（neuroticism）和开放性（openness to experience）5个部分（OCEAN）。

（1）外向性：外向性表示人际互动程度、对刺激的需要以及获得愉悦的能力。这个维度将社会性的、主动的、个人定向的个体和沉默的、严肃的、腼腆的、安静的人作对比。这个方面由人际卷入水平和活力水平两个品质衡量。前者评估个体喜欢他人陪伴的程度，后者反映了个体个人的节奏和活力水平。

外向的人喜欢与人接触，充满活力，经常感受到积极的情绪。他们热情，喜欢运动，喜欢刺激冒险。在群体中，非常健谈，自信，喜欢引起别人的注意。

内向的人比较安静，谨慎，不喜欢与外界过多接触。不喜欢与人接触并不是因为害羞或者抑郁，只是比起外向的人，他们不需要那么多的刺激，因此喜欢一个人独处。

（2）随和性：热心对无情，信赖对怀疑，乐于助人对不合作。包括信任、利他、直率、谦虚、移情等品质。随和性考察个体对其他人所持的态度，这些态度一方面包括亲近人的、有同情心的、信任他人的、宽大的、心软的，另一方面包括敌对的、愤世嫉俗的、爱摆布人的、复仇心重的、无情的。

笔记

随和性高的人善解人意、友好、慷慨大方、乐于助人，愿意为了别人放弃自己的利益，对人性持乐观的态度，相信人性本善。随和性低的人把自己的利益放在别人的利益之上，不关心别人的利益，也不乐意去帮助别人。有时候，他们对别人是非常多疑的，怀疑别人的动机。

(3)尽责性：胜任、公正、条理、尽职、成就、自律、谨慎、克制等特点。尽责性指控制、管理和调节自身冲动的方式，评估个体在目标导向行为上的组织、坚持和动机。反映个体自我控制的程度以及推迟需求满足的能力。冲动行为虽然会给个体带来暂时的满足，但常常也给自己带来麻烦，容易产生长期的不良后果。冲动的个体一般不会获得很大的成就。谨慎的人容易避免麻烦，能够获得更大的成功。

(4)神经质或情绪稳定性：包括焦虑、敌对、压抑、自我意识、冲动、脆弱等特质。神经质反映个体情感调节过程，个体体验消极情绪的倾向和情绪不稳定性。高神经质者有心理压力，不现实的想法、过多的要求和冲动，容易体验到愤怒、焦虑、抑郁等消极情绪。对外界刺激反应比一般人强烈，对情绪的调节、应对能力比较差，思维、决策、及有效应对外部压力的能力较差。相反，神经质维度得分低的人较少烦恼，较少情绪化，比较平静。

(5)开放性：具有想象、审美、情感丰富、求异、创造、智慧、直率、思路开阔等特征。高开放性个体有独创性，广泛接受各种刺激，有广泛兴趣，愿意冒险。低分者思维狭隘，小心谨慎。高开放性者容易适应创新性或冒险性的工作，适合做主管领导。

基于大五理论编制的人格测试方法已在人力资源管理等领域广为应用，有结果证明，在测评结果的真实性上，它比16PF和九型人格要高。

二、需　要

(一)需要的概念

需要(need)是个体对生理的和社会的客观需求在人脑的反映，是个体的心理活动与行为的基本动力。由于个体存在着各种需要，才推动着人们以一定的方式，在某些方面进行积极的活动。人的需要是多种多样，非常复杂的。一般把需要分为生理性需要(机体需要、自然性需要)和社会性需要。

生理性需要是指个体对维持其生存和种族延续所必需的条件的要求，如充饥解渴、避暑御寒、睡眠及性的要求等等。生理性需要在于维持个体生理状况的平衡，需要从外部获得一定的物质来满足。当个体的生理性需要不能满足时，就会引发个体的行为，朝着满足这种需要而努力，使个体的生理状况趋于平衡。

社会性需要是指个体对维持社会发展所必需的条件的要求，如人们对劳动、人际交往、获得成就、符合道德规范等方面的需求。人们所处的经济、社会生活制度、生活习惯不同，所受的教育程度以及周围生活环境的不一样，社会性需要也就存在着很大的差异。社会性需要受社会发展条件的制约，多为精神性的，比较隐讳不易直接察觉且具有连续性。社会性需要如果得不到满足，虽不会危及生命，但却会因此而产生不愉快的情绪。

根据需要的对象，还可以把需要分为物质的需要和精神的需要。物质的需要主要指个体对物质文化对象的欲求，如对衣、食、住、行有关物品的要求，对劳动工具、文化用品的需要等等。精神性需要则表现为对精神文化方面的欲求，对掌握社会意识产品的欲求和对美的享受的需求及对创造发明的欲望等等。

(二)马斯洛的需要层次论

美国人本主义心理学家马斯洛(A. H. Maslow，1908—1970)曾提出需要的层次论(hierarchy of needs theory)。认为每个人都存在一定的内在价值。这种内在价值就是人的潜能或基本需要，人的需要应该得到满足，潜能应该得到释放。

1. 生理的需要　生理的需要是个体生存必不可少的需要，具有自我和种族保存的意义。其

笔记

中以饥饿和渴的需要为主。生理的需要在人类各种需要中占有最强的优势，当一个人被生理的需要所控制时，其他的需要均会被推到次要的地位。

2. 安全的需要 当人的生理需要获得一定程度满足之后，随之便产生新的需要，即安全的需要（包括对生命安全、财产安全、职业安全和心理安全的需要），以求免受威胁、免于孤独、免受别人的侵犯。当这一需要获得满足之后，才会有安全感。

3. 归属和爱的需要 随着上述需要获得满足后，人类就会产生进一步的社会性的需要：归属和爱的需要。归属的需要就是参加一定的组织，依附于某个团体等。爱的需要包括接受他人和给予他人爱的需求。马斯洛指出，这一层次的需要的缺失就像机体缺乏维生素一样，会抑制人的健康成长和影响到人的潜力的发展。

4. 尊重的需要 尊重的需要是个体对自身价值的认同。前三个层次的需要获得满足后，尊重的需要才会充分地发展起来。尊重的需要包括自我尊重和他人尊重两个方面。尊重的需要包括渴望实力，获得成就，独立和自由以及渴望名誉或声望，希望受到他人的尊重，受人赏识两个部分。一个人在人际交往中，如果得到社会认同，受到他人的尊重，就会产生自信、自强的心理体验，反之则会产生自卑、虚弱和无能的感受。

5. 自我实现的需要 在前四种需要获得满足的基础上产生的最高层次的需要。指个体的潜能和天赋得到充分的发挥。不同层次需要的发展进程，一般与人的年龄增长相适应，它与社会的经济背景、受教育的程度有关。对于多数人而言，自我实现的需要是人们追求奋斗的目标，只有少数人才能达到真正的自我实现。

马斯洛对达到“自我实现”境界的人刻画了15个特点：①能更有效的意识到现实；②认识自己和认识别人；③自发性；④集中处理问题；⑤独立性；⑥自立性；⑦有不断新鲜的鉴赏感觉；⑧有不受束缚的想象力；⑨对社会有兴趣；⑩与有同样自我实现需要的人有深厚友谊；民主的性格；能辨别目的和手段；幽默感；创造性；有反潮流精神。马斯洛晚年在“自我实现”需要的基础上，又提出了“灵性需要”、“超个人需要”等。在现实社会中，人的高层次需要是自我实现。人们通过工作实践，将自己的潜能现实化。现代人应该不断地希望、向往和有所追求，使自己成为一个比较完善的自我实现的人。

以上需要不是并列的，而是按次序逐级上升的。最基本的生理、安全需要得到满足以后，后面的三个层次的需要才能依次出现并得到满足。当下一级需要获得基本满足以后，追求上一级的需要就成了驱动行为的动力。但这种需要层次逐级上升并不遵照“全”或“无”的规律，并非一种需要完全满足后，另一种需要才会出现。社会中的大多数人在正常的情况下，他们的每种基本需要都只有部分得到了满足。高层次需要比低层次需要广泛，实现的难度大，满足的可能减小。从心理学角度看，难度越大则激励力量越强，个体追求自我实现的愿望也最强。

需要层次理论揭示了人的需要存在着不同的层次，重视人的自我价值和内在潜能的实现。但忽视了社会因素对人的成长起着决定性的影响，忽视了人的多种需要往往是同时存在、互相制约的。如临床病人虽然是以安全需要最为迫切，但同时也有归属和获得他人爱与尊重的各种需要。

三、动机与挫折

（一）动机的概念

动机（motivation）是引起和维持个体的活动，并使活动朝着一定目标的内部心理动力。动机和人们的需要有着密切的联系，需要是动机的基础和根源，动机是推动人们活动的直接原因。当人的需要具有某种特定的目标时，需要才转化为动机。内驱力、情绪和诱因也可激发活动的动机。积极的情绪会激发人们设法去实现某种目标，而消极的情绪则会阻碍或降低人们实现某种目标。

笔记

动机具有激活、指向、维持和调整三个功能。激活功能是人的积极性的一个重要方面。如饥饿和渴的动机激发人们通过活动来实现其目标。动机的性质与强度不同，激活作用的大小也不同。指向功能是指在动机的引导下，有机体的活动朝向一定的对象或目标。动机不一样，有机体活动和追求的目标也有区别。维持和调整功能则表明在活动过程中要受到动机的调控。当活动过程受到其他因素的作用影响时，动机的调控作用便发挥作用，表现为与其相一致的得到强化，相反则进行调整，以保障目标的实现。

（二）动机的种类

人类的动机是非常复杂的，在生活、工作和社会实践中，常常会受到各种动机的支配。根据动机的内容、性质、作用和产生的原因，可以将其进行不同的分类。

根据动机的内容，可以分为生理性的动机（物质方面的动机）和心理性的动机（精神方面的动机）。

根据动机的性质，可分为正确的动机和错误的动机，一般依据人们的社会道德观念和行为准则为评价标准。根据动机的作用，可以分为主导动机和辅助动机。主导动机是一个人动机中最强烈、最稳定的动机，处于主导和支配地位。而辅助动机则往往与一个人的习惯和兴趣相联系，对主导动机起补充作用。

根据动机维持时间的长短，可分为短暂的动机和长远的动机。从引起动机的原因，还可分为内部动机和外部动机。内部动机是人们从活动的本身得到满足，活动对个体自己的奖励或报酬，不需要外力的推动。外部动机则是活动外的动机，是个体受到刺激而诱发出来的动机。

（三）动机冲突

动机反映了一个人主观的、内在的心理状态。人的动机以需要为基础，同时又受理想、信念、世界观、道德观、人格特征等因素的制约。人需要在不断地发生变化，兴趣、理想、信念和价值观也在不断地发生变化。动机的强度会随着内外环境的变化而改变。在同一时间内人们常常存在着两种或多种非常相似或相互矛盾的动机，这就是动机斗争，或称为动机冲突。动机冲突有四种基本形式：

1. **双趋冲突**　也称接近-接近式冲突。两个目标具有相同的吸引力，引起同样强度的动机。但由于受条件等因素的限制，无法同时实现，二者必择其一，即所谓“鱼和熊掌不可兼得”。

2. **双避冲突**　也称避-避式冲突。指一个人同时受到两种事物的威胁，产生同等强度的逃避动机，但迫于情势，必须接受其中一个，才能避开另一个，处于左右为难，进退维谷的紧张状态。所谓“前有狼，后有虎”的矛盾冲突。

3. **趋避冲突**　也称接近-避式冲突。指一个人对同一事物同时产生两种动机，即向往得到它，同时又想拒绝和避开它。

4. **双重趋避式冲突**　亦称双重接近-避式冲突。人们常常会遇到多个目标，每个目标对自己都有利也都有弊，反复权衡拿不定主意所产生的冲突。临床上对某一疾病有两种治疗方案，一种风险高疗效快；另一种风险低但疗效不显著，选择哪种方案，难以拿定主意。

（四）挫折

动机会引导个体的行为指向目标。在实现目标的过程中并非都是一帆风顺，往往会因各种原因使之不能实现。动机受到干扰阻滞、被迫暂时放弃或完全受阻所导致的需要不能满足的情绪状态，都称为挫折（frustration）。在实现目标过程中受到阻碍时，可能会产生以下几种情况：①经过自己加倍努力，提高克服障碍的能力，达到目标；②改变自己的行为，绕过障碍，达到目标；③如果障碍难以逾越，寻求替代目标；④如果障碍难以逾越，又无法寻求替代目标，走投无路，不能实现目标。前三种情况都不会产生挫折感，只有第四种情况时才会产生挫折感。在现实生活中，挫折总是难免的，只要正确地对待并且实事求是地分析，就可以使个体的认识产生创

笔记

造性的发挥,提高解决各种问题的能力和提高忍挫力,以更好的方法和途径实现动机,达成目标,满足需要。如果挫折太大、过于频繁、超过了个体的耐受能力或者个体不能正确对待,就会产生紧张状态,情绪消沉低落、行为偏差,对个体的生理、心理造成影响,甚至导致躯体及精神的各种疾病。有关挫折的原因、行为表现及处理措施请参见第六章。

四、能 力

(一)能力的概述

1. 能力的概念 能力(ability)是人格的重要组成部分。当今科学技术的飞速发展对人的能力提出了更高的要求,能力成为多学科研究的一个领域。目前心理学家趋向于将能力理解为是人顺利地完成某种活动所必备的心理特征。能力是在活动中形成和发展,并在活动中表现出来的。能力的高低影响活动的效果。例如,一名医生要对患者做出准确诊断,除了具备必要的医学知识外,还要具备敏锐的观察力,良好的沟通与影响病人的能力,以及具有一定的医疗器械的操作能力等。

2. 能力与知识技能 能力、知识与技能都是我们保证任务顺利完成的重要条件,但能力并不等于知识和技能,三者之间关系是既有区别,又紧密联系。能力不等于知识、技能。能力是人的一种个性心理特征,知识是人类社会历史经验的总结和概括,技能则是通过练习而巩固了的已经"自动化"了的动作方式。以临床病人的诊断为例,在诊断过程中所用的定理、公式属于知识范围,诊断中所进行的思维活动的严密性和灵活性则属于能力范围。相对而言,能力的形成和发展要比知识的获得慢得多。能力虽不等于知识、技能,但又与二者有着密切关系。能力是掌握知识、技能的前提。能力表现在掌握知识、技能的过程中,从一个人掌握知识、技能的速度和质量中,可以评定出一个人能力的高低。能力是在知识、技能的基础上发展的。

(二)能力的分类

1. 一般能力和特殊能力 一般能力是指在任何活动中都必须具备的能力。具体表现为观察力、注意力、记忆力、想象力和思维能力五个方面,也就是人们通常所指的智力。特殊能力是指在某种专门活动中所表现出的能力。它是顺利完成某种专业活动的心理条件。如音乐活动中必须具备音乐表象能力和节奏感的能力。而在美术活动中则需要色彩的鉴别力、形象记忆力和空间比例关系的辨别能力,缺乏这些专业能力就无法保证它们的顺利完成。

一般能力与特殊能力是互相影响,互相制约的关系。人们要顺利进行某种活动,必须既有一般能力,又要具有与其活动有关的特殊能力。一般能力的发展,为特殊能力的形成和发展创造了有利条件。在各种活动中发展特殊能力的同时,也将促进一般能力的发展。

2. 实际能力和潜在能力 能力有两种涵义:一是已经表现出的实际能力,二是潜在的能力,通过个体的发展成熟和学习实践,潜在能力有可能转变为实际能力。

(三)能力的形成和发展

能力的形成和发展是许多因素共同作用的结果,这些因素在不同时期起着不同作用。

1. 遗传素质 素质是有机体生来具有的某些生理解剖特性,它是能力形成和发展的自然前提。先天或早期聋哑的人难以发展音乐能力,严重的早期脑损伤或脑发育不全的缺陷是能力发展的障碍。

2. 营养状况 营养状况对能力形成和发展有很大作用,尤其是在胎儿期和早期儿童的成长过程更为突出。严重的营养不良将影响脑细胞的发育,影响有机体的心理功能的发展。

3. 教育 包含早期教育和学校教育等方面。有学者经研究后提出,如把 17 岁时人所能达到的一般能力看作 100%,那么从出生到 4 岁就获得了 50%;还有 30% 是 4 岁至 8 岁获得;其余 20% 是 8 岁至 17 岁获得。因此,儿童早期生活环境和教育应当在遵循儿童身心发展规律的基础

笔记

上安排和进行。

4. 社会实践　社会实践活动对能力的发展起着重要作用,不同职业的劳动实践因其特殊要求的不同,制约着人的能力发展的方向。

(四)能力发展的个别差异

心理学研究表明,人的能力的个别差异可以以质和量两个方面来分析。质的差异表现为能力类型等方面;量的差异表现在能力的发展水平和表现早晚上。

1. 能力发展水平的差异　人口统计学研究表明,能力在人群中表现为两头小,中间大的常态分布,即能力很高或很低的人都很少,绝大多数人能力都接近平均水平。

2. 能力表现早晚的差异　人的能力发挥有早有晚。有些人较早就表现出其能力的发挥,称为"早慧"。如我国古代李白5岁通六甲,7岁观百家。奥地利作曲家莫扎特5岁开始作曲,8岁试作交响乐,11岁创作歌剧。古今中外都不乏其人,尤其在音乐、绘画等领域能力表现得较早。而有些人年轻时并未显现出众的能力,但到后期才表现出惊人的才智,被称为"大器晚成"。如齐白石40岁才表现出绘画才能。达尔文年轻时被人认为智力低下,直到50岁才开始崭露头角成为"进化论"的创始人。

3. 能力的类型差异　能力由各种不同的成分或因素构成,它们可以按不同方式结合起来,构成了结构上的差异。能力的类型差异可以表现在两个方面:一是不同的人在完成同一活动时可能采取的途径不同;二是不同的人在完成同一种活动时能力的组合因素不同。

(五)智力

智力(intelligence)属于一般能力,是指认识方面的各种能力的综合,其核心是抽象逻辑思维能力。智力的重要性在于获得知识、技能的动态方面。即表现为对复杂事物的认识、领悟能力和在分析解决疑难问题的正确性、速度和完善等方面。因此,智力主要集中于人的认识活动和创造活动上。

就智力的个体发展而言,从出生到青春期智力伴随年龄而增长,以后逐渐减缓。到了20~34岁时达高峰期,中年期保持在一个比较稳定的水平,到了老年时开始逐渐衰减。

就群体而言,智力在人群中呈正态分布。即智力非常优秀和较差的处于两个极端,绝大多数人处于中间水平。通过智力测验程序,可以对个体的智力水平作出间接的测量,用智商(intelligence quotient,IQ)来反映智力水平的高低(参见第五章)。

能力和智力是个性心理特征的重要方面,在一定程度上决定了一个人的成就。承认能力(智力)的差别并对其进行鉴别,才能使人各有所用,各尽其能;对不同的人也能因材施教。从医学的角度看,能有助于了解脑功能和器质性疾病方面有关的问题。

美国心理学家卡特尔(Cattell,1965)和何恩(Horn,1976)根据因素分析的结果,按智力功能上的差异,把人类的智力分为两种不同的型态。一种称为流体智力(fluid intelligence)另一种称为晶体智力(crystallized intelligence)。流体智力是一种以生理为基础的认知能力,如对新事物的快速辨识、记忆、理解等能力都属于流体智力。其特征表现在对不熟悉的事物,能够根据信息作出准确的反应,判断其彼此之间的关系。流体智力的发展与年龄有密切的关系。一般人在二十岁以后,流体智力的发展达到顶峰,三十岁以后将随着年龄的增长而降低。流体智力属于人类的基本能力,在个别差异上,受教育文化的影响较少。晶体智力则是以学得的经验为基础的认知能力。如运用即有的知识和掌握的技能去吸收新知识或解决问题的能力,都属于晶体智力。晶体智力与教育文化有关,但在个别差异上与年龄的变化没有密切的关系,不因年龄的增长而降低,甚至有些人因知识和经验的积累,晶体智力反而随年龄的增长而升高的趋势。根据这个理论观点可以解释,成人以后(尤其是老年人)接受新知识的能力开始下降是因为流体智力的减退,而用以往的知识经验解决新问题时毫不逊色,甚至有些七十岁以上的人,在晶体智力方面的表现反而优于青年人。

笔记

五、气质与性格

（一）气质

1. 气质的概念 气质（temperament）一词来源于拉丁语，原意是掺和、混合，按比例将作料调和在一起。现代心理学将气质理解为典型的、稳定的心理活动的动力特性。

它主要表现在人的心理活动的动力方面，如心理活动过程的速度和灵活性（如知觉的速度、思维的灵活度、注意集中时间的长短等）；强度（如情绪的强弱、意志努力的程度等）；以及心理活动的指向性（倾向于外部事物或倾向于内部体验）。即一般所说的一个人的"性情"、"脾气"或"秉性"。气质对个人活动的各个方面都有重要的影响。

心理活动动力性特点的表现并不都属于气质特征。气质具有明显的天赋性，是较多地受稳定的个体生物因素制约的。这一点可以从婴儿身上发现，如有的总是喜吵闹，好动，反应灵活；有的却比较平稳，安静，反应缓慢。因为气质的心理活动动力特征不依赖于活动的时间、条件、目的和内容，所以它不具有社会评价意义。

气质与性格、能力等其他人格心理特征相比，更具有稳定性，但气质在生活环境和教育的影响下，在一定程度上也会发生某些变化。

2. 气质的特征 气质类型是心理特征的结合，其特征可概括为以下几点：①感受性，即人对外界刺激的感觉能力；②耐受性，这是指人在经受外界刺激作用时表现在时间和强度上的耐受程度；③反应的敏捷性，主要指不随意注意及运动的指向性，心理反应及心理活动的速度、灵活程度；④行为的可塑性，这是指人依据外界事物的变化情况而改变自己适应性行为的可塑程度；⑤情绪兴奋性，它包括情绪兴奋性的强弱和情绪外露的程度两方面；⑥外倾性与内倾性，外倾的人动作反应、言语反应、情绪反应倾向于外，内倾的人表现则相反。

3. 气质的类型 关于气质类型及其划分依据不同的观点提出各种类型学说。如日本学者古川竹二提出的血型学说；德国精神病学家克瑞奇米尔提出的体型学说等。现在较为流行的气质类型是在古希腊著名医生希波克拉底（Hippocrates）提出的气质体液学说。他认为人体内有血液、黏液、黑胆汁和黄胆汁四种液体，根据在人体内四种体液的不同比例将气质分为多血质、胆汁质、黏液质和抑郁质。这种提法虽然缺乏严谨的科学依据，但在日常生活中确实可以见到这四种气质类型的人，以后心理学家在此基础上进行了研究和完善，因此该气质类型仍沿用至今。但在实际生活中，典型的气质类型是不多见的，多数是两种或多种气质的混合型。

根据气质的体液学说，经过历代心理学家的补充完善，其四种气质类型的典型外在表现特征如下：

（1）多血质：注意力容易转移，志趣容易变化，灵活好动，有较生动的面部表情和语言表达能力，感染力较强，直爽热情，容易适应环境的变化。活动中行动敏捷，精力充沛。

（2）胆汁质：动作迅速，情绪易于冲动，自我控制能力较差，心境变化大。活动中缺乏耐心，可塑性差。

（3）黏液质：安静稳重，注意力稳定但难以转移，喜怒不形于色。动作反应慢，不灵活，对工作有条理，易于因循守旧，缺乏创新精神。

（4）抑郁质：对事物体验深刻，善于觉察他人难以发现的细小环节，对事物和他人羞怯，孤僻内向。动作迟钝，多愁善感。

4. 气质类型的生理机制 有关气质的生理机制，目前最推崇的是著名的俄国生理学家巴甫洛夫提出的高级神经活动类型学说。该学说认为高等动物大脑皮质神经活动的基本过程是兴奋和抑制过程。它具有三种基本特性：强度、灵活性和平衡性。由于这三个基本特性的不同组合，构成高级神经活动的四种基本类型：

笔记

（1）兴奋型：也称为不可抑制型，兴奋过程强于抑制过程，是强而不平衡的类型，类似于气质

体液学说的胆汁质型。

(2)活泼型:强而平衡、灵活型。其特点是热情活泼,反应敏捷,类似于气质体液学说的多血质型。

(3)安静型:强而平衡,但不灵活型。其特点是较易于形成条件反射,但不容易改造,行动缓慢,类似于气质体液学说的黏液质型。

(4)弱型:兴奋与抑制过程都很弱,亦称抑制型,持续和较强的刺激都能引起他们精力的迅速消耗,类似于气质体液学说的抑郁质型。

巴甫洛夫关于高级神经活动类型学说,阐明了人的气质类型的生理基础,验证了不同气质类型的个体之间在解剖和生理机制上的个体差异,从一定意义上阐明了气质是高级神经活动类型在人的外显行为和活动中的表现。

5. 气质的意义　气质对于社会实践活动具有一定影响,正确认识气质与职业活动对指导社会实践活动具有积极的意义。任何一种气质都有其积极和消极的两个方面,不能简单地评价某种气质类型好与坏。如抑郁质类型的人虽然有其孤僻、动作迟钝的一面,但是他具有善于观察,对事物体验深刻的另一面。在活动中各种气质特性之间可以起互相补偿作用。

因此,气质不决定一个人社会活动的价值及其成就的高低。各种气质类型的人都可以对社会作出杰出成就。但是不同职业活动根据其工作性质和特点对人的气质有着不同的要求,在特定的条件下,选择气质特征合适的人员从事某项工作,可提高工作效率,减少失误。这对于职业选择和工作调配等具有一定的意义。

此外,也有一些研究表明,不同的气质类型对人的身心健康有不同的影响。情绪不稳定、易伤感、过分性急、冲动等特征不利于心理健康,有些可成为心身疾病的易感因素。

（二）性格

1. 性格的概念　性格(character)是个体在生活过程中形成,对客观现实稳固的态度以及与之相适应的习惯了的行为方式。它是一个人的心理面貌本质属性的独特结合,是人与人相互区别的主要方面。

个体在社会生活过程中受到各种事物和信息的影响,在这些影响的作用下,不断地积累丰富和充实了人的内心世界。个体生活中那种一时偶然的表现不能被认定为一个人的性格特征。例如,一个人在某个场合发了脾气,不能就此认定其具有暴躁的性格特征。

性格是个体中鲜明表现出来的心理特征,也是人格中最重要的心理特征,它反映了一个人的本质属性,具有核心的意义。例如,文学家正是抓住个体最有代表性的性格特征对人物进行塑造,使读者感到如见其影,如闻其声的现实人物。如鲁迅笔下的阿Q;曹雪芹笔下的王熙凤;莎士比亚塑造的哈姆雷特等。

2. 性格的特征　性格是十分复杂的人格心理特征,主要有以下四个方面:

(1)对现实态度方面的性格:现实态度的性格特征主要表现在对各种社会关系的处理上,包括:一是对社会、集体、他人的态度。如爱集体,善交际有礼貌,还是孤僻、粗暴等。二是对工作、学习、生活的态度。如勤劳、认真、首创精神,还是懒惰、马虎和墨守成规等。三是对自己的态度。如自信或自卑,羞怯或大方等。其中对社会、集体和他人的态度起主导作用,它影响和作用了其他两个方面的态度。

(2)性格的情绪特征:一是情绪活动的强度,表现为一个人受情绪感染和支配的程度,以及情绪受意志控制的强度。二是情绪的稳定性,它表现为一个人情绪起伏和波动的程度。三是情绪的持久性,表现为情绪被激发后持续时间的长短程度。四是主导心境,是对现实态度所形成的稳定而持久的主要情绪状态。

(3)性格的意志特征:这是个体对自己行为自觉调整和控制的水平特点。性格意志特征的个体差异,表现在意志品质的自觉性、果断性、坚持性和自制力四个方面。

笔记

(4)性格的理智特征:它指人们在感知觉、记忆、思维和想象等认知过程中所表现出来的个别差异。

以上四个方面的性格特征是相互联系,构成一个统一的整体。其中对现实态度方面的性格特征具有主导意义。

3. 性格的形成和发展 人的性格是在社会生活环境中,通过社会实践活动在外界生活条件和人的心理活动的相互作用之中形成发展起来。

(1)家庭作用:一个人出生后首先是在家庭中成长的。社会对儿童影响主要是通过父母亲和家庭中人与人之间的关系和实际行动来实现的。研究表明,从出生到7岁,这是个体身心发展,尤其是高级神经系统发展旺盛的时期。家庭中一定的教育方式,尤其是父母在日常生活的现实态度和行为方式,都对儿童性格形成产生潜移默化的作用。

(2)学校教育:学校教育不仅使学生掌握知识技能,还将通过三种方式在学生性格发展中起重要作用。一是班集体,班级中师生关系,同学之间关系产生的影响;二是学校的团队教育对性格形成和发展的影响;三是学校的风气,校风、班风以潜移默化的方式影响作用于学生,良好的校风培养着学生勤奋、求实和创新等性格品质。

(3)社会信息的作用:社会信息对个体性格的影响更为迅速。如网络、电视、电影和文艺小说中的人物,现代社会信息能激发人们丰富的情感和想象,引起学习和模仿的意向,不同的社会信息会影响人们性格特征的差异。

4. 性格与气质的关系 性格与气质的概念容易混淆。两者既有区别,又有联系。

气质是生来俱有的心理活动的动力特征,受到先天遗传素质的影响,它反映了高级神经活动类型的特性。而性格是在后天的社会生活环境中逐渐形成发展起来的。其次,气质形成早,不易变化。而性格形成晚,虽然具有稳定性,但比气质变化要快。

气质影响着性格的动态方面以及性格形成的速度。例如,对于自制力的形成,具有胆汁质的气质类型的人需要做出很大的努力和一定的时间,而对于黏液质的人就显得较容易和自然。

(吴均林)

第六节 心理的生物与社会基础

一、心理的生物基础

心理的生物基础包括神经系统、内分泌系统和遗传基因。神经元是神经系统的基本结构,神经元以及它们的分支组成了神经系统,通过神经系统的作用,有机体得以完成肌肉运动、感觉、自主活动和激素的分泌。大脑皮层是其中最重要的部分,是心理活动产生的主要物质基础。因此针对心理的生物基础就必须要了解脑的结构和功能,以及神经内分泌系统对心理行为的调控和遗传因素在其中的作用。

(一)神经系统的主要结构和功能

人的神经系统分为中枢神经系统和周围神经系统。中枢神经系统由脑和脊髓组成,其主要功能是传递、储存以及加工信息,产生各种心理活动,调控人的行为。周围神经系统联络于中枢神经和其他各系统器官之间,包括与脑相连的脑神经和与脊髓相连的脊神经,起传入和传出信息的作用。它又可分为躯体神经系统和自主神经系统,通常认为,躯体神经系统受意识调控,而自主神经系统调节相对平衡和有节律性的内脏活动,其一般不由意识直接控制。

中枢神经系统包括脑和脊髓。脑又分为大脑、小脑和脑干,其中脑干包括延髓、脑桥、中脑和间脑。它们在结构和功能上是不可分割的整体,但各个部分又有特定的功能。脊髓的功能有两方面:一是传导功能,它将来自躯干、四肢的各种感觉信息,通过传入神经传送到脑,进行高级

笔记

的分析和综合；同时脑的活动也要通过传出神经传至效应器。二是反射功能，它可完成某些基本的反射活动，如排便反射和膝跳反射等。

大脑由对称的左右两个半球所组成，两半球通过胼胝体相连。大脑半球又通过中央沟、外侧裂和顶枕裂分为额叶、顶叶、颞叶和枕叶。胼胝体周围为边缘叶。每叶都包含很多回。在中央沟的前方和后方分别有中央前回和中央后回。大脑半球深部是基底神经节，主要包括豆状核和尾状核，合称为纹状体，其功能主要是调节肌肉的张力以协调运动。

（二）脑的功能系统与心理

如果说用刺激的方法，或是用切除有限脑区的方法来证实不同脑区的功能，这只能是局限的、孤立的反映其基本功能，而人类复杂的心理活动形式和特点，如知觉、记忆、语言、书写、阅读、思维、计算等，远远不是孤立的，需要有许多脑结构的共同作用来完成。基于这一认识，前苏联学者鲁利亚（A. P. Лурия1912—1977）出三个基本功能系统的假说，认为所有心理过程都是由脑的三个功能系统协同完成的。每个系统都有分层次的结构，并且至少是由彼此重叠的三种类型的皮质区组成。

1. 调节张力和维持觉醒状态的系统　觉醒状态是保证各种心理活动顺利进行的必备条件。许多实验证据提示，保证与调节皮质张力的脑结构并不在大脑皮质本身，而在较低的脑干与皮质下部，亦称为网状结构。脑干网状结构的上行纤维终止于丘脑、尾状核和旧皮层，对大脑皮层的激活起着决定性的作用。从而保证完整的心理过程和实现有目的、有组织的指向性活动。网状结构功能异常，可导致意识障碍，无法进行正常心理活动。

网状结构的激活源有三类：即机体的内部代谢、内外环境的刺激以及来自大脑皮层的下行兴奋冲动。

2. 接受、加工和储存信息的系统　该系统位于大脑外侧面的中央沟后部，相当于皮层的视、听和躯体感觉区、联合区及相应的皮层下组织。包括皮层三级功能区：一级区用于接受特异信息，并产生感觉功能；二级区对信息进行进一步加工和特征提取，并形成知觉功能；三级区则进行更高级、更抽象的加工和存储。这些区域按照模式特异性递减和功能渐进性偏侧化的原则分层次地工作。即一级区的特异性最高，而三级区的功能偏侧化最明显。

3. 心理活动与行为调控的系统　人对外来信息的接受、加工和储存，仅是人的心理活动的一个方面，但人对外来信息不仅仅是被动地予以反应，而是主动地制订行动计划和程序，并不断调节自己的行为，使之符合计划和程序。这些能动的意识活动过程是由大脑的心理活动与行为调控系统来完成的。该系统位于大脑外侧面的中央沟前部，相当于初级运动区、运动联合皮层和前额叶。这一系统按照与第二功能系统类似的原则分层次的工作，所不同的是神经冲动的传递方向与第二功能系统相反，即由三级区传至二级区，再传至一级区。该系统的三级区为前额叶，它不仅与皮质的所有其余的外表部分相联系，而且还与脑的下部和网状组织的相应部分相联系，由于这些联系的双向性，使其既可以对其他脑结构进行调控，又可以对来自别处的信息进行进一步加工，修正行动的计划和程序，使之符合原初的意图。这种有意识、有目的、有计划的调节机制是在言语的参与下进行的，因而是一种抽象的高级心理活动。二级区（运动联合皮层）接受三级区传送的信息，把执行某种行为的指令进行有序地组织，并使头、眼、手、足整个躯体的肌肉处于运动前的准备状态，然后再发送指令激发一级区（初级运动区）神经元的活动，后者再将冲动传送至脊髓运动神经元而产生精细的运动。

4. 三个功能系统之间的相互关系　在正常情况下，三个功能系统并不是独立工作的。比如，视觉功能主要依赖于视觉皮层（属于第二个功能系统），但视觉皮层单独工作并不能很好地完成视觉任务，而必须在三个系统的联合作用下才能正常工作。第一功能系统保证必要的皮层张力和维持一定的觉醒水平，第二功能系统实现对通过视神经进入大脑的视觉信息进行分析和综合，而第三功能系统保证有目的探索，比如眼睛随注视目标的运动等等。

笔记

（三）大脑两半球功能的分工和协作及其不对称性

大脑两半球之间由胼胝体连接沟通，构成一个完整的统一体。在正常的情况下，来自外界的信息，经胼胝体传递，左右两半球息息相通。整个大脑作为统一的整体而有效地进行活动。

1961 年斯佩里设计了精巧和详尽的测验，对做割裂脑手术的人在恢复后，进行了神经心理学的测定，获得了人左右两半球功能分工的第一手资料，发现两半球功能的不对称性，裂脑人的每一个半球都有其独自的感觉、知觉和意念，都能独立地学习、记忆和理解，两个半球都能被训练执行同时发生的相互矛盾的任务，从而更新了优势半球的概念。斯佩里的研究，深入地揭示了人的言语、思维和意识与两个半球的关系，成绩卓著，获得了 1981 年度诺贝尔医学奖。

近些年来由于实验手段和研究技术的改进，可以在无创伤条件下将外界刺激分别进入正常人的左、右大脑半球，在大脑半球功能完整的情况下研究各种高级心理功能与左右脑的关系。如使用一侧电休克的方法发现：一切语言信号的发现和理解都是左半球的功能，当左半球功能被电休克暂时抑制时，表现各种失语症状，对语音的选择性注意被破坏等等。当右半球功能被电休克暂时抑制时出现则很多有趣的现象，例如信号源的空间定向力被破坏了，音乐旋律的知觉再认几乎不可能，言语交往中抗干扰能力下降，音调辨认不能，不能辨认男人和女人的嗓音，也不能控制自己说话时的声调与重读音节。尽管如此，言语兴奋性却大大提高了。同时使用这一方法还发现，两侧半球对人的情绪状态起着不同的作用。当右半球功能暂时被抑制时，情绪高涨、欣快、言语增多；而左半球功能暂时被抑制时，则情绪低落、沉默无语、自卑、自罪等。

综上可概括为：人脑的功能是高度专门化的，左半球功能具有分析的、抽象的、继时的、理性的和主题的特性，右半球功能具有全面的、具体的、同时的、直观的和同格的特征。左半球在语言的和与语言有关的概念、抽象、逻辑分析能力上占优势；右半球则在空间知觉、音乐绘画等整体形象、具体思维能力上占优势（表 2-1）。两半球好像是两套不同类型的信息加工系统，它们相辅相成、相互补充、相互制约、相互协作，以实现人的高度完整和准确的行为。

表 2-1 人类大脑左右半球不对称性功能

功能	左半球	右半球
视觉	概念、字母及单词识别	复杂图形及脸孔识别
听觉	言语性声音	环境声音及音乐
运动	复杂随意运动	运动模式的空间组织
语言	听说读写	
空间和数学能力	数学能力	几何学、方向感觉和心理旋转

（引自韩济生主编《神经科学原理》957 页）

（四）内分泌系统

内分泌系统在机体对行为的调节中起着重要的作用。作为神经内分泌系统轴心的下丘脑-垂体-激素系统是心理因素影响躯体生理病理过程的解剖学基础，这一系统以下丘脑为整合中心。许多心理行为因素甚至环境因素可以影响大脑的不同区域的活动，后者通过下丘脑的传入联系影响下丘脑的活动，下丘脑再通过传出联系影响内分泌功能达到控制内脏和自主神经系统活动的目的。如 G. Gerra（2001）的实验研究发现心理应激会引起下丘脑、垂体和肾上腺轴（HPA 轴）的一系列改变和儿茶酚胺类的变化。在作用方式上，内分泌系统通过血液运输使激素作用于某些细胞组织来实现其调节功能，而神经系统则一般是通过神经纤维上传导的去极化波来实现其调节功能。这两个调节系统在结构和功能上是密切联系的。一方面，几乎所有的内分泌腺都直接或间接受神经系统的控制，研究表明，所有内分泌腺的分泌都受垂体的影响，而垂体又受下丘脑调控；下丘脑是脑的一部分，它受到其他神经中枢的控制。另一方面，激素也影响着神经系统的功能，由于激素是通过血液传布到全身各处的，脑中也有血管，因而它能传播到脑，从而

笔记

对神经细胞产生兴奋和抑制作用。总之神经系统控制内分泌系统，同时内分泌系统也调控许多生理现象和行为。

（五）遗传与心理

遗传（heredity）是指父母的形态特征、生理特征、心理特征和行为特征可通过遗传基因（genes）传给子代的生物学过程。个体的身体特征，如身高、骨骼结构、皮肤颜色和眼珠的颜色等生理特征，主要是从父母那里遗传下来的。研究证明性格、气质、能力等心理特征以及人类行为方式也与遗传有关。

心理学家为了研究心理与遗传的关系，采用寄养儿童（adoptive children）和两种双生子（twins）对比研究。双生子可分为同卵双生子（monozygotic twins，MZ）与异卵双生子（dizygotic twins，DZ）。同卵双生子是从同一个受精卵发育而成的，染色体内的基因完全相同，遗传基础完全相同。异卵双生子，是从不同的两个（或三四个）受精卵发育而成的。其兄弟姐妹虽很相似，但不相同。研究同卵双生子的特征，并与不同血缘关系的不同人进行比较，可以推论遗传对心理特征的不同影响。研究表明，在智力方面同卵双生子即使不在同一社会环境中成长，其智力水平也是相近的，异卵双生子次之，同胞再次之，堂兄弟姐妹相关更小。从小分开抚养的同卵双生子在智力、人格、职业兴趣等方面也有明显的相似性。同时心理学家还发现，与养父母比较，孩子在许多方面更像生父母。

许多心理和精神疾病都与遗传有关。孤独症的同卵双生子同病率为82%；精神分裂症同卵双生子的同病率高达86.2%。抑郁症具有遗传倾向，调查发现双向情感障碍的一级亲属同病率为14%，血缘关系越近，患病几率越高。如双亲都患情感性精神障碍，子代患病几率可高达75%。同卵双生子同病率比异卵双生子高，寄养子研究也发现与遗传关系密切，与环境关系不大。

（何金彩　谢　莹）

二、心理的社会基础

人类的发展是一个社会化的过程，在这个过程中，人的心理活动不断地发生着变化。人的心理活动是在物质、文化条件作用下的社会化产物，文化对人的心理在潜移默化中形成深刻而持久的影响，不同文化会对人的心理产生不同影响。

无论自然环境还是社会环境，在心理的形成和发展中都发挥了重要作用，尤其在性格的塑造方面影响较大。

（一）环境与人的心理

环境（environment）是指与有机体发生联系的外部世界。环境对个体心理的发育会产生深刻的影响。不同的社会文化背景、生活习惯，对个体心理、生理有直接的影响。个体生命的开始，就通过合子、胚胎和胎儿的发展，置身于母体的特定环境。这种环境对有机体身体和出生后行为的发展会产生深刻的影响。如果怀孕的头三个月母亲感染风疹常会使婴儿智力落后并且造成身体上的缺陷。母亲的疲劳或吸烟会刺激胎儿活动。母亲长时期的情绪激动，还会影响出生后子女的情绪特征。出生后，人所处的环境纷繁复杂。人和环境不断地相互作用，与其相应的生活环境保持平衡，这叫生态平衡（ecological balance）。

心理学提到的环境，通常有两种分类方法：按属性分为自然环境和社会环境；按所包含的要素分为物理环境和心理环境。

1. 自然环境（natural environment）　是人类生存所需要的各种自然要素的总和，是人类生存和发展的物质前提。主要包括有机物的各组成因素和无机物的各组成因素，例如，动物、植物、矿物、空气、噪音等等。人的心理现象受自然环境的影响，人的心理活动与自然活动有很大的关系。如在恶劣的自然条件下，能铸造人坚强的意志。

笔记

2. 社会环境(social environment) 是在自然环境的基础上,人类通过一系列有意识的活动所形成的环境体系,包括经济环境、政治环境、教育环境、伦理环境、文化环境等等。社会环境对人心理产生了巨大的影响,人的心理活动在不同的社会环境中是不同的。良好的社会环境能够促进人的心理健康发展,消极的社会环境会对心理健康产生一定不良影响。例如,和谐的家庭关系对促进儿童心理发育,培养儿童乐观、助人的品质有积极的作用。

3. 物理环境(physical environment) 是独立于人的存在的自在的环境,除包括自然环境诸因素外还包括人为的物理环境因素,如人际空间、建筑物等。在这个人口密度不断上升,信息发达的时代,人际空间狭小会导致安全感的缺失,通常会表现出紧张、不知所措、困惑甚至是焦虑的状态。

4. 心理环境(mental environment) 是指人与人、人与物相互作用时所形成的环境,即被知觉到、被理解为、被把握成、被创造出的环境。主要包括人的行为思想,伦理道德,法律基础,风俗习惯等。对人的心理来说,最重要和最直接的是心理环境。比如,儿童看见零食就想吃,看见蛇就感到害怕。

(二)文化与人的心理和行为

从字面意思上就可以看出,文化一词是一个十分宽泛、包罗万象的名词,要想给文化下一个准确的定义是十分困难的事情。不同的学科对文化的理解不同,对文化所要界定的范围也就不尽相同。总体上来说,文化(culture)的概念可分为狭义和广义两种:广义上的文化是指人类所创造出来的一切物质产物和精神产物的总和;狭义上的文化仅指人类所创造出来的精神产物,包括语言、文学,艺术以及意识形态等。

1. 人类文化与人性 人类创造了自己的文化,又把自己置身于一定类型的社会环境之中,它是人类心理产生的决定性条件。一个身体健全的儿童,虽然有继承人类文化财产的可能性,但是,如果出生后由于某种原因,不与人类文化环境接触,就不可能形成人的心理。所谓"狼孩"的事例,就充分说明人类文化是形成人的心理和行为即人性的决定性条件。人类文化使人类的心理和行为具有共通性。

2. 民族文化与心理 民族文化(national culture)是一个民族经过世世代代积累起来的文化,是本民族所创造的一切文明成果的总和。民族文化主要包括物质文化和精神文化两个层面,其中物质文化层面包括服装、居住、饮食、交通工具等方面,精神文化层面包括思想、哲学、文学、艺术、风俗习惯、宗教信仰等方面。民族文化是一个民族赖以生存的精神家园。民族文化是民族心理形成的原因。民族心理具有特征鲜明性、状态稳定性、外部独立性、内部普遍性的特征。在相同的环境中受相同文化影响的成员之间,有某种共同的心理特征;如果地理条件大致相近而文化类型不同,则可形成不同的心理特征。文化人类学家把每一种文化中人们共同具有的心理特征,称为群体人格(group personality)。

社会文化通常仅指构成总体文化的诸种文化要素的共同部分,特别是在现代社会中文化是多元化的。在社会某一群体中形成一种既包括民族的一些主文化特征,也包括某些独特的文化特征的生活方式,这种群体文化称为亚文化(subculture)。如人种亚文化、年龄亚文化、生态学亚文化等。亚文化的影响可形成亚文化群体的心理特征。

3. 拷贝世界与心理 拷贝世界(copy of the world)是指大众传播媒体包括书、报、杂志、广播、电影、电视、录像、网络等文化现象。拷贝世界不同于我们直接感知到的现实世界,它向我们展示的是一个精神世界,向我们提供消息、知识、思想、见解、娱乐、广告等等。因为它不是媒体对现实世界的简单复制,而是作家、画家、记者以及其他从事精神生产活动的人依据一定的信念、态度和价值观对现实世界进行改造加工的结果,是精神文化产品。

在现代社会中,大众传播媒体对人的心理和行为的影响是强有力的,有的是直接的,但主要是潜移默化的。它能帮助人们极大地改善这个社会,也能使人们去摧毁这个社会;它能使人受

笔记

到教育，获得知识、开拓眼界、陶冶情操，也能使人犯罪、堕落。

（三）社会化与人的心理和行为

社会化（socialization）是指一个人在社会环境的影响下掌握社会经验和行为规范成为社会人，同时也积极地反作用于社会环境的双向过程。人类的生物遗传素质为个体发展成为一个社会人提供了可能性。社会化开始于婴儿脱离母体，以后通过各种人际接触和社会影响，学会了把自己看作独立存在的个体，掌握了语言和知识经验，学会了建立社会关系，形成了道德观念等等；与此同时，对各种社会影响以其自身的独特方式做出种种反应，反作用于社会环境，表现出人的主观能动性，从而成为社会的人。

由于社会环境、社会关系系统性质的不同，也由于个体在社会环境、社会关系系统中所处地位的不同，个体社会化的内容是有差别的。例如，不同的国别、民族以及不同性质的社会制度对其社会成员的行为规范、道德标准的要求是不同的；即使在同一社会环境下处于不同社会关系和社会阶层的人们对其子女教育、影响也是不同的。

社会环境、社会关系对个体的影响可能是有意识、有目的、有步骤地进行的，也可能是无意识的、潜移默化地进行的。个体对社会影响的反应，可能是积极地自觉地去认识，去掌握的；也可能不是主动的，而是不知不觉地受影响的。每个人的社会化的方式是不完全一样的，即使在同一社会里，由于个体在遗传素质和以往生活实践基础上所形成的将要被社会化的维度（如心理过程、心理倾向、心理特性等）也是具有一定的差异性。因此，个体总是以自己所具备的条件对社会化的力量有选择地接受，体现了社会化的多元性。经过社会化之后，个体形成了自我观念，学到了社会所期待的社会规范、知识经验、理想信念、生活方式、社会态度和价值观等。使个体的心理和行为朝着社会期待的方向发展，成为与社会环境相适应的社会人。

（杨艳杰）

笔记

第三章　心理发展与心理健康

人的一生都在发展，每一发展阶段都有其特定的心理发展任务及相应的心理健康特征。心理健康是人类健康的重要维度，医学生应该了解心理发展与心理健康的关系，以及如何保持和促进个体的心理健康。

第一节　概　　述

一、人的发展与生命周期

（一）人的发展与生命周期的概念

人的发展有两层涵义，其一是指人类种族在地球生物种系发生中的有关过程；其二是指个体从生物学受孕到生理死亡所经历的一系列的生命阶段，即从婴幼儿、童年、少年、青年、中年、老年到死亡的发展过程，这种从生到死的过程也被称之为生命周期（life cycle）。其中包括生物意义上的成熟和变化过程，个体年龄结构的过渡，以及不同年龄期社会经历的变化过程。对于每一个健康发展的个体来说，随着其生物意义上的成熟，每一阶段也有着不同的心理上的任务和心理特征。本节主要讨论个体生命周期中的几个重要的发展阶段及其心理健康特点。

（二）发展的基本观点

长期以来，哲学家、宗教学者、社会学家和科学家对人的发展问题争论不息，直到20世纪70年代以后，心理毕生发展的观点才被人们普遍接受并重视。其主要观点有：

1. 发展是毕生的　人的整个一生都在发展，人从胚胎到死亡始终是一个前进发展的过程，人的发展除了在生物意义上的发育、成熟以外，其行为的变化过程贯穿整个一生。这是一个在时间、顺序和方向等方面各不相同的种种变化的体系，个体的发展受多种因素的影响，是年龄阶段、历史阶段、社会环境等多种因素共同作用的结果。生命的每一阶段都受前一阶段的影响，同时也影响以后的发展阶段，个体一生的经验都对发展有重要意义。

2. 发展是多维和多向的　发展的形式具有多样性，是多维度的，发展的方向也因发展内容的种类不同而有所不同，如行为的各个方面或同一方向的各个成分、特性，其发展的进程各不相同。心理发展存在着很大的个体差异和可塑性，不同的个体有不同的形式，没有一条单一的曲线能描绘个体发展的复杂性。例如：在智力领域，有晶体智力（crystallized intelligence，指人通过掌握文化知识经验而形成的一种能力）与流体智力（fluid intelligenec，指不依据于人的文化知识经验的能力，表现为空间定向、知觉操作等方面），两者都随年龄的增加而增长，但晶体智力到成年后继续增长，不过增长的速度减慢，而流体智力在成年早期就开始衰退了。

3. 发展是获得（成长）与丧失（衰退）的结合　发展是一个有序变化的过程，不是简单地朝着功能增长方向的运动，生命过程中任何时候的发展都是成长和衰退的结合。任何发展都是新适应能力的获得，同时包含着以前存在的部分能力的丧失。

二、健康与心理健康

（一）健康的概念

健康是一个不断发展着的概念，在不同历史时期，人类对健康的理解不尽相同。传统医学和世俗观念一般把健康理解为“健康就是无病、无伤、无残”。但这种认识并不全面。实际上，健

笔记

康和疾病是人体生命过程中的两种状态，这两种状态是连续性的，是一个由量变到质变的过程，而且健康水平也有不同的等级状态。

随着第二次世界大战的结束，人类的疾病与死亡谱发生了重大的变化，许多心身疾病（近年来也称为生活方式疾病）。已成为人类健康的主要杀手。人们的不良生活方式、行为或心理、社会和环境因素成为影响健康的不可忽视的因素，因此，1948 年，世界卫生组织（WHO）为健康提出了一个三维的定义，这就是"健康，不仅仅是没有疾病和身体的虚弱现象，而是一种在身体上、心理上和社会上的完满状态。"健康的内涵在不断地发展，1990 年世界卫生组织进一步对健康的定义作了补充，提出健康还应包括道德健康，即：健康是指，一个人在身体健康、心理健康、社会适应健康和道德健康四个方面皆健全。

（二）心理健康的概念

心理健康（mental health），也称心理卫生，对心理健康进行定义是一个较为复杂而困难的问题，到目前为止心理健康与不健康之间还没有一个确定的、绝对的界限。由于心理涉及的范围广泛，包括思维、情绪、兴趣、能力等各个方面，心理学家们从不同的角度提出不同的观点，给出不同的定义。而且心理健康的概念随时代的变迁、社会文化因素的影响而不断变化。例如 H. B. English（1958）认为"心理健康是指一种持续的心理状态，当事人在这种情况下，能有良好的适应能力，具有生命的活力，而能充分发挥其身心潜能。这乃是一种积极的、丰富的情况，不仅是免于心理疾病而已。"一般认为心理健康是以积极的、有效的心理活动，平稳的、正常的心理状态，对当前和发展着的社会、自然环境以及自我内环境的变化具有良好的适应功能，并由此不断地发展健全的人格，提高生活质量，保持旺盛的精力和愉快的情绪。

（三）心理健康的标准

由于到目前为止仍没有一个全面而确定的心理健康的定义，不同的理论学派、不同专家从不同的角度给予心理健康的定义不完全相同，因此用来判断心理健康的标准也各不相同。其中影响比较大的有马斯洛（Maslow）和米特尔曼（Mittelman，1951）提出的心理健康的十条标准：①有充分的自我安全感；②能充分了解自己，并能恰当估价自己的能力；③生活理想切合实际；④不脱离周围现实环境；⑤能保持人格的完整与和谐；⑥善于从经验中学习；⑦能保持良好的人际关系；⑧能适度地宣泄情绪和控制情绪；⑨在符合团体要求的前提下，能有限度地发挥个性；⑩在不违背社会规范的前提下，能适当地满足个人的基本需求。

我国的一些学者出提出了自己的心理健康的标，包括如下内容：

1. 智力正常　包括分布在智力正态分布曲线之内者以及能对日常生活作出正常反应的智力超常者。

2. 情绪良好　包括能够经常保持愉快、开朗、自信的心情，善于从生活中寻求乐趣，对生活充满希望。一旦有了负性情绪，能够并善于调整，具有情绪的稳定性。

3. 人际和谐　包括乐于与人交往，既有稳定而广泛的人际关系，又有知己的朋友；在交往中保持独立而完整的人格，有自知之明，不卑不亢；能客观评价别人，取人之长补己之短，宽以待人，乐于助人等。

4. 适应环境　包括有积极的处世态度，与社会广泛接触，对社会现状有较清晰正确的认识，具有顺应社会改革变化的能力，勇于改造现实环境，达到自我实现与社会奉献的协调统一。

5. 人格完整　心理健康的最终目标是培养健全的人格。包括人格的各个结构要素不存在明显的缺陷与偏差；具有清醒的自我意识，不产生自我同一性混乱；以积极进取的人生观作为人格的核心，有相对完整的心理特征等。

心理健康与不健康之间并没有绝对的界限。同时，心理健康是一个动态、开放的过程，心理健康的人在特别恶劣的环境中，可能也会出现某些失常的行为。判断一个人的心理是否健康，应从整体上根据经常性的行为方式作综合性的评估。

笔记

（四）心理健康与疾病的关系

研究与临床观察已经一致证明，心理和社会因素在健康和疾病中具有十分重要的作用，不健康的心理可导致疾病的发生（详见第六章、第十章）。例如，长时间紧张的工作、经济压力、家庭矛盾等慢性应激，产生情绪的压抑，可引起体内内啡肽、儿茶酚胺等激素的分泌增加，导致胃肠道运动功能紊乱与胃黏膜供血不足，胃酸分泌增加，最终导致胃黏膜腐蚀、溃烂，形成胃十二指肠溃疡病。躯体的疾病和痛苦又可影响个体的情绪，反过来可以影响心理的健康，心身的交互作用是影响健康的一个重要的因素。因此，保持健康的心理，建立积极的应对方式和健康的行为方式，是保持心身健康的重要条件。

（五）心理健康的维护和促进

环境的变化及来自社会各方面的压力，都会使得个体出现心理紧张，严重时甚至于会出现心理障碍；由于生活中需要不能得到满足，目的不能实现，使得个体出现挫折感或各种心理冲突，心理失去平衡，甚至于精神崩溃。因此，心理健康需要维护和促进。心理健康维护的目的就是为了加强人们的心理健康和消除身心不健康因素，提高生活质量。一般来说，心理健康维护的目标有两个方面：第一是一般目标，即治疗心理疾病及处理适应不良行为，并设法尽早发现疾病的倾向，及时矫正或预防疾病的发生；第二是高级目标，即保持并增进个人和社会的心理健康，发展健全人格，使每个人都有能力适应变动的环境，同时应设法改善社会环境及人际关系，以防止或减少心理不健康的发生。健康促进是目前一种普遍的观点，既是个人的成就，也是集体的成就，健康促进是使人们能增强自我控制感并能改善他们的健康的一个过程。健康促进可以通过个人的努力，也可通过与医疗系统的配合，还可通过制定某些健康保健的政策来实现。

第二节 儿童心理健康

一、胎儿期及婴幼儿期

按照人类发展心理的年龄划分，将个体发展分为若干相对独立而又相互联系的阶段。从怀孕到出生为胎儿期。胎儿出生后开始了人生的第一个阶段，直到上小学时（6、7岁）结束，这一阶段被称为婴幼儿期。婴幼儿期可进一步分为婴儿期（0～1岁）、婴幼儿期（1～3岁）、幼儿期（3～6岁、7岁）。

（一）胎儿期心理健康

生理发展是心理发展的物质基础，人的生命是从胎儿期开始的。个体是否心理健康，其先天素质和胎儿期的发育起着重要的作用。有研究证明胎儿期营养不良，会增加终生患精神病的风险。因此，怀孕母亲的健康状况、情绪状态、习惯嗜好等对胎儿的健康，以至个体一生的健康都会有影响。

1. 孕期营养及保健与胎儿健康 胎儿期是大脑发育的关键时期，而胎儿的营养完全依赖于母体的供养，因此孕期的营养状况，将严重地影响胎儿的健康。研究证明孕妇营养不良，食物中蛋白质、维生素、钙、磷及其他微量元素的缺乏会影响胎儿脑的发育，使婴儿易患克汀病、身体矮小及智力低下等。而营养的过剩或者不平衡也会影响胎儿的发育，如孕妇过多地进食动物肝脏，体内维生素A含量过高，可能会影响胎儿大脑和心脏发育。

孕妇吸烟、饮酒会影响胎儿心身健康。据美国卫生、教育、福利部报告，吸烟的孕妇产下体重不足孩子的比率大致是不吸烟孕妇的两倍。孕妇吸烟过多还可导致自然流产、死胎、早产及胎儿畸形，吸烟可使胎儿宫内窘迫及新生儿窒息率增加。不仅如此，据日本学者调查证实，丈夫吸烟也会影响胎儿健康，婴儿畸形发生率与父亲每日吸烟数量成正比。

笔记

孕妇大量饮酒与药物的使用是影响胎儿的重要因素之一，孕妇大量饮酒可造成“胎儿酒精

中毒综合征"，胎儿出生时矮小，体重轻，长大后智力低下，动作迟缓；有的还会出现畸形，如小头、心脏缺陷、关节骨骼变形、脊髓膜膨出等。另外，孕妇使用药物也应特别谨慎，许多药物可致胎儿畸形，例如四环素可致胎儿骨骼发育障碍，牙齿变黄；某些抗组胺药、抗癫痫药、抗精神病药及激素类药等都有可能致畸；链霉素、卡那毒素、磺胺可致耳聋等。此外，孕妇妊娠2～6周受X射线辐射也会影响胎儿发育造成胎儿畸形，故应特别注意。

许多临床研究表明，妇女妊娠前3个月感染风疹、流行性感冒、腮腺炎、猩红热等病毒或弓形体等，容易造成胎儿发育畸形或死胎；孕妇内分泌失调、甲状腺功能低下，易使新生儿患痴呆症。孕妇患肺结核或尿路感染、糖尿病等疾病都会影响胎儿发育，她们所生的孩子有更多的先天畸形或缺陷。因此，孕妇应特别重视保持身体健康。

2. 孕妇的情绪与胎儿健康　孕妇情绪的好坏，不仅直接影响其自身的健康，对胎儿的健康也有很大的影响。现代科学研究表明，情绪波动可影响内分泌功能，减少脑的供血量。孕妇情绪过度紧张，可使与应激有关的激素水平明显增高，包括肾上腺髓质和皮质激素分泌的增加。肾上腺髓质激素分泌增加，可使孕妇心跳加快，血压升高，从而影响胎儿脑的发育，影响小孩出生后的智力；而肾上腺皮质激素分泌增高，会影响胎儿上颌骨发育，容易造成胎儿腭裂、唇裂畸形等。另外，情绪不稳定孕妇发生难产及子痫的比率较高。因此，孕妇应保持稳定、愉快的心情。

（二）婴儿期心理健康

婴儿时期的心理健康，不仅影响婴儿的生长发育，对其今后的成长都有着重要的影响。婴儿期的心理健康被认为是心理健康的起点，儿童时期出现的心理疾病如发育迟缓、情绪不稳定、睡眠障碍等多数是因为在婴儿时期抚养不当所致。许多有关心理健康素质因素是在婴儿时期奠定的，婴儿所经历的事件或者会直接表现在其心理活动中，或者留下"痕迹"对成年以后的生活产生深远的影响，而婴儿时期是极易受外界影响的年龄阶段。因此，提高对婴儿期心理健康的认识，有助于对婴儿心理健康的培养，对其以后的发展具有至关重要的作用。

1. 母乳喂养的重要性　有人把物质营养、信息刺激和母爱称为婴儿期的三大营养。母乳营养充足、适合消化吸收，含有抗体和胱氨酸，可增加乳儿的免疫力和智力发展。而且，通过哺乳可增加母亲与孩子在视、听、触摸、语言和情感的沟通，使孩子获得心理上的满足，有助于神经系统的发育和健康情感的发展。

2. 增进母爱　母亲的爱抚对婴儿的心理健康发展至关重要，而帮助婴儿建立依恋关系、减少分离焦虑是婴儿期心理卫生的重要内容。依恋是指婴儿与主要照顾者之间的情感联结，这也包括对他人或宠物，甚至是一件物体如毯子、浴巾等的情感联系。婴儿形成对母亲依恋的关键期是出生24小时到3个月。很多研究结果表明，孩子与父母早期的依恋关系与他将来社会及情绪发展的顺利与否有直接的关系。分离焦虑是指婴儿离开了熟悉的环境，或他所依恋的人时所经历的紧张和不安全感。在8～12月时更明显，有的可延续到更大的年龄。因婴儿尚未发展到能预期未来的认知阶段，无法预测在新的环境时会发生什么且无求助的对象，所以婴儿对分离充满焦虑。帮助婴儿减轻分离焦虑的方法有：①玩捉迷藏游戏，让婴儿逐渐适应照顾者的暂时消失，并学会认识到照顾者会再出现的；②在安全的环境下，与婴儿保持适当的距离，观察婴儿的行为；③在必须分离时，可给婴儿一两件柔软的玩具或小毯子，让婴儿将依恋感转移到寄托的物品上，使婴儿适应与照顾者的分离。

3. 保证充足的睡眠　新生儿大脑正在快速发育之中，充足的睡眠是保证大脑发育和心理健康的重要条件。

4. 促进运动与智力的发展　适宜的信息刺激能促进婴儿运动、感觉器官和智力的发展，因此，应有意识地为孩子提供适量视、听、触觉刺激。婴儿动作发展顺序是口、头、四肢、躯干，所以，2～3个月的婴儿可帮助他做被动体操，空腹时可训练俯卧和渐渐俯卧抬头。4～5个月的婴

笔记

儿可在俯卧的基础上训练四肢运动,爬行不仅是一项全身运动的好方法,还能促进大脑的发育,可利用玩具引逗他学爬行,或帮助他学翻身。半岁以后应训练他用手握东西,10 个月以后可训练他站立、迈步走路。研究认为婴儿的动作训练有益于脑的发育和动作的协调。

5. 增加游戏活动 游戏对婴儿来说是一件重要的事情,通过游戏活动不仅可增强体力,更重要的是促使他们运用感官来认知世界,促进大脑发育,有利于儿童的创造性、社会性和认知能力的发展。游戏有如下几种主要的功能:①促进婴儿心身的健康与发育,游戏时要兼用各种感官,可以训练婴儿的知觉能力,增进婴儿的手脑并用,肢体灵活,感官敏锐;②游戏可以增进婴儿的知识,从玩积木中认知形状、空间及大小的关系,儿歌中了解事物及词汇并感受到愉快;③游戏可培养婴儿的注意力及自信心,因为婴儿对有兴趣的东西能保持长久的注意,从而增进记忆,游戏中的成功感可增强对事物及环境的探索,曾强自信心;④游戏可消除紧张和忧虑,游戏可释放内心的冲突和负性情绪。婴儿的游戏大多是独自游戏,如独自玩玩具,玩自己的身体,观察别人,随着年龄的增长,游戏的方式也发生变化。

二、幼 儿 期

(一) 幼儿期的生理心理发展特征

3 ~6 岁称幼儿期。3 岁幼儿脑重已达成人的四分之三,7 岁时已接近成人。神经纤维髓鞘已基本形成,神经兴奋性逐渐增高,睡眠时间相对减少,条件反射比较稳定,语言进一步发展,掌握词汇量增多,大脑的控制、调节功能逐渐发展。皮亚杰将 2 ~7 岁儿童的认知发展称为运算前期。此期认知特点有:①自我中心,以自我中心观点来推测周围事物,无法站在别人的立场角度从事思考,假定每个人的思考都与他一样,以为自己喜欢的东西别人也喜欢。不能理解别人会有不同的想法。②万物有灵论,幼儿相信自然界的事物都和他一样,是有生命、有意识、有目标的,如“太阳公公为什么不到我们家来玩一玩”。③符号功能,指 2 ~4 岁的幼儿以某物、某字或某种心理表象来代表未在眼前出现的另一种东西,也称表象功能。它与符号游戏有关,符号游戏是一种装扮游戏,即幼儿假装扮演的一类游戏,如将凳子作为一辆汽车,扫帚装扮成大炮以及过家家游戏等。

幼儿的语言发展经过了单字时期、称呼时期、构句期和好问期。幼儿的智力因素及环境因素影响幼儿语言的发展。

幼儿的感知觉迅速发展,能有意识地进行感知和观察,但不持久,容易转移。记忆带有直观形象性和无意性。无意想象主题多变,以形象思考问题,5 岁、6 岁后喜欢提问题,开始出现逻辑思维,但由于知识经验和认识能力有限,判断推理能力还有限。

幼儿的情感强烈、易变,容易受外界事物感染,别的孩子笑,他也笑,别人大声叫嚷,他也大声叫嚷,6 岁、7 岁时情感的控制调节能力有一定发展。

意志行为也有进一步发展,活动的目的性、独立性逐步增长,能使自己行动服从成人或集体的要求。但自觉性、自制力仍较差。

幼儿个性初步形成,自我意识逐渐发展,3 岁左右开始出现自主行为,表现不听话,对事物的评价常带有极大的主观性。开始发展性别认同,已能区分男孩、女孩。

(二) 幼儿期的心理健康

1. 促进幼儿言语的发展 对幼儿提供辅导有助于幼儿语言的发展。如:父母为幼儿提供良好的语言示范,语音正确,语速适中,尽量使用各种不同的词汇;不要再使用婴儿期的儿语;提供幼儿会话的机会,培养幼儿良好的语言习惯,如礼貌用语;鼓励儿童多讲话,不厌其烦地回答儿童提出的各种问题。

2. 对幼儿的独立愿望因势利导 这一时期的儿童有强烈的好奇心和独立的愿望,无所不问,常要自行其是,表现不听话,学会了不论对错都说“不”,心理学上被称之为“第一反抗期”。

笔记

这是自我意识发展的表现，有积极的意义，应该因势利导，培养他们的自我管理能力。例如，引导幼儿自己起床、穿衣、吃饭、系鞋带和大小便等，做得好时应立即予以肯定和表扬，以利好的行为得到强化；同时不要对孩子求全责备，不要因孩子没有完成自己的设想而加以责备或讥笑。

3. 玩耍与游戏　玩耍与游戏是幼儿的主导活动。也是儿童身心健康发展的重要途径，可以帮助幼儿走出自我中心的世界，学会与人交往，与人合作，建立群体伙伴关系。玩具和游戏是幼儿增长知识、诱发思维和想象力的最好途径。幼儿在一起愉快地玩，有利于社会交际、道德品质、自觉纪律、意志、性格和语言表达能力等的培养。

4. 正确对待孩子的无理取闹和过失　幼儿偶尔无理取闹，其动机常是为了引起大人的注意，以达到某个目的。对此，应很好地讲明道理，不能无原则地迁就或哄劝，否则会对哭闹行为起到强化作用。

5. 父母言谈举止的表率作用　家庭的气氛、父母的言谈举止对幼儿心理发展有重要影响，幼儿评判是非对错常常以父母或老师的言行作标准。因此，父母及老师应给幼儿作好表率。

三、儿　童　期

（一）儿童期的生理心理发展特征

儿童期指6～12岁，这个时期正是小学阶段，故也称为学龄期。此期儿童除生殖系统外其他器官已接近成人。脑的发育已趋成熟，是智力发展最快的时期，感知敏锐性提高，感知逐渐具有目的性和有意性；有意注意发展，注意稳定性增长；口头语言迅速发展，开始掌握书写言语，词汇量不断增加；形象思维逐步向抽象逻辑思维过渡，大脑皮层兴奋和抑制过程更为协调，行为自控管理能力增强。其言语、情感、意志、能力和个性也得到不同程度的发展。表现为对事物富于热情，情绪直接、容易外露、波动大，好奇心强，辨别力差。个性得到全面的发展，自我意识与社会意识迅速增长，但性格的可塑性大，道德观念逐步形成，喜欢模仿。

（二）儿童期的心理健康

1. 科学合理安排学习　这是一个由游戏活动为主导转变为学习主导活动的时期，需要一个适应的时期，根据这一时期儿童的特点，老师和家长对新入学儿童应多给予具体的指导帮助，要重视新生各项常规训练，如课堂学习常规、品德行为常规等；学习时间不宜过长，内容上应生动活泼，要注意教学的直观性、趣味性；培养和激发儿童好学的动机、兴趣和坚强的意志。

2. 组织社会劳动　儿童在劳动中不仅能增加对周围事物的认识，而且能增加与家人以外的成人及小朋友相处的机会，从中学会人际交往，发展友谊感和责任心，培养热爱劳动、助人的人格。

3. 培养开拓创造性思维　成年人容易把多年积累的经验和知识灌输给小孩，容易出现说教式教育，对儿童的行为加以干预，诸如“这是对的，那是错的”，这样会影响儿童探索和创造性思维的发展。比如儿童用茶杯盖子喝水，大人会说“这是盖子，不能用来装水喝”，其实这说明儿童的探索和好奇心。儿童的教育不但要强调传授文化知识，还应注意儿童思维的灵活性、多向性、创造力和想象力的培养。

4. 注意“情商”的培养　“情商”即非智力因素，即良好的心理品质，应着重三个方面加以培养：①良好的道德情操，积极、乐观、豁达的品格；②良好的意志品质，困难面前不低头的勇气，持之以恒的韧性；③同情与关心他人的品质，善于与人相处，善于调节控制自己的情感，并给人以好的感染。

第三节　青少年与青年心理健康

一、青少年期

青少年期一般是指12～18岁，是介于儿童与成年之间的成长时期，是从不成熟走向成熟的

笔记

过渡时期,这一阶段的个体在生理上和心理上要经历很大的变化。

（一）青少年期主要的生理心理发展特征

青少年时期是生长和发育的快速阶段。生理方面发生巨大的变化,其身高、体重快速改变。在内分泌激素的作用下,男女少年第二性征相继出现,性功能开始成熟。男性表现为喉结的出现,声音变粗,生长胡须,出现遗精等;女性则出现声音变尖,乳房发育,月经来潮。这时脑和神经系统发育基本完成,第二信号系统作用显著提高。

青少年期的认知活动具有一定的精确性和概括性,意义识记增强,抽象逻辑思维开始占主导,思维的独立性、批判性有所发展,逐渐学会了独立思考问题。同时,自我意识存在矛盾,一方面青少年逐渐意识到自己已长大成人,希望独立,强烈要求自作主张,不喜欢老师、家长过多的管束,喜欢与同龄人集群;另一方面由于阅历浅,实践少,在许多方面还不成熟,经济上不能独立,从而出现独立性与依赖性的矛盾。想象力丰富、思维活跃、容易理想化,出现理想与现实的矛盾。可塑性大,易受外界的影响,情绪容易波动。性意识开始觉醒,产生对异性的好奇、关注和接近倾向,由于社会环境的制约,出现性意识与社会规范之间的矛盾。

（二）青少年期心理健康的特点与促进

1. 发展良好的自我意识 学校应开展青春期的自我意识教育,使青少年能够认识自身的发展变化规律,学会客观地认识自己,既看到自己的长处也看到不足,能客观地评价别人,学会面对现实,从自己的实际出发,确立当前的奋斗目标。

2. 保持情绪稳定 青少年的情绪容易受外界的影响,不稳定、容易冲动,易从一个极端走向另一个极端。应帮助他们找到合适自己的对付挫折的方法。父母与老师应以中立的态度接受他们的倾诉和宣泄,让他们学会在遭遇挫折或失败时怎样去获得社会支持,以缓解应激。

3. 预防性意识困扰 性是青少年最为困扰的问题之一,特别是青春发育期。应及时地对青少年进行性教育,包括心理和生理两个方面。让青少年对性器官及第二性征有正确的认识,以消除他们对之产生的神秘、好奇、不安、恐惧感;培养高尚的道德情操,提高法制观念,自觉抵制黄色影视书刊的不良影响;使青少年正确认识和理解性意识与性冲动,增进男女的正常交往,通过心理健康教育解决一些特殊的问题,如手淫、性梦、失恋等。

4. 消除心理代沟 代沟是指两代人之间心理上的差异和距离,一般是指父母与子女在思维,行为上尤其是在看待事物的观点上的差异,可以引起相互之间的隔阂、猜疑、苦闷,甚至是青少年离家出走等问题行为的原因。代沟具有两重心理意义,一方面它意味着中学生自我意识的发展,心理已趋向成熟,具有积极的社会化倾向;另一方面它使家庭关系紧张,会影响两代人的心身健康,导致个别子女离家出走甚至更严重的后果。因此,对于严重的代沟应予重视,应该设法通过心理咨询等方式促进双方及早进行心理调适,指导子女应尊重、体谅父母,理解父母时有的唠叨啰嗦;同时指导父母尊重、理解和信任孩子。

二、青 年 期

青年期是介于青少年与中年期之间的阶段,是人生中最宝贵的黄金时期,生理与心理都已达到成熟,精力充沛,富于创造力,开始走向完全独立的生活,生活中也面临着许多挑战。

（一）青年期的生理心理特点

1. 生理特征 青年在22岁左右生长发育已经成熟,各种生理功能已进入青壮年的最佳状态。身体素质包括机体在活动中表现出来的力量、耐力、速度、灵敏性和柔韧性等,在青年期进入高峰。脑的形态与功能已趋成熟。

2. 心理特征 青年期的个体在心理的各个方面得到了全面的发展,主要表现在:①认知能力趋于完善,青年人的词汇已很丰富,口语及书面表达趋于完善,抽象逻辑思维能力和注意的稳定性日益发达,观察的概括性和稳定性提高,并且富于幻想。②情绪情感丰富、强烈,但不稳定,

笔记

同时其情感的内容也越发深刻且带有明显的倾向性。随着年龄的增长，其自我控制能力会逐渐提高。③意志活动控制力日渐增强，表现在自觉性与主动性的增强，遇事常常愿意主动钻研，而不希望依靠外力。随着知识与经验的增加，行为的果断性也有所增强。④人格逐渐成熟，其一表现为自我意识趋于成熟，一方面对自身能进行自我批评和自我教育，做到自尊、自爱、自强、自立，另一方面也懂得尊重他人，评价他人的能力也趋于成熟；其二，青年人生观、道德观已形成，对自然、社会、人生和恋爱等都有了比较稳定而系统的看法，对自然现象的科学解释、对社会发展状况的基本了解、对人生的认识与择偶标准的逐步确定，表明其社会化的进程已大大加快了。青年人各种能力发展不一，但观察力、记忆力，思维、注意力等均先后达到高峰。

（二）青年期心理健康

1. 培养良好的适应能力　青年期是自我摸索、自我意识发展的时期，而且必须走入社会独立生活，在其社会生活中常常会遇到各种挫折与人际关的矛盾需要应对。当个人对客观事物的判断与现实相统一时，就能形成自我认同，否则，就会产生心理冲突。有些青年由于种种原因造成人际交往失败时会感到苦闷、自卑，影响了身心健康。因此，应让青年寻找到相应的对策来应对，以增进其心理健康。使青年正确地认识自己，了解自己的长处与不足，正确地进行自我评价。同时，要帮助青年人树立适当的目标，从而避免不必要的心理挫折和失败感的产生；促进青年之间的相互交往，提供更多的交往的机会。

2. 及时解决情绪情感问题　青年人富有理想，但容易在客观现实与理想不符时遭受挫折打击，出现强烈的情绪反应，表现为怨天尤人，自尊也可能会转化为自卑、自弃。青年人虽然懂得一些处世道理，但却不善于处理情感与理智之间的关系，以致不能坚持正确的认识和理智的控制，而成为情感的俘虏，事后又往往追悔莫及，苦恼不已。长期或经常的情绪情感困扰，将严重影响个体的心理健康和事业的发展。对此，可采取以下对策来及时调整好情绪情感，尽早摆脱困扰：①期望值适当，应该根据自己的能力调整期望值在自己的能力范围之内。同时，对他人的期望也不宜过高。②增加愉快生活的体验：每一个人的生活中包含有各种喜怒哀乐的生活体验，对于一个心理健康的人来说，多回忆积极向上、愉快生活的体验，有助于克服不良情绪。③寻找适当的机会及时宣泄自己的情绪，人在情绪不安与焦虑时，不妨找好朋友说说，或去心理咨询，甚至可以一个人面对墙壁倾诉胸中的郁闷。④行动转移或者升华法，可以用新的工作、新的行动去转移不良情绪的干扰。

3. 防止性的困扰　青年时期是发生性及相关心理卫生问题的高峰期，与婚姻、家庭的幸福密切相关。如何处理性及随后遇到的问题，是有一定难度的。但首先应该对性有科学的认识，对性有正确的知识与态度是性心理健康的首要问题。性既不神秘、肮脏，是自然与合理的；也不能自由、放纵，违反伦理和法律法规。应该增进男女正常的交往，两性正常、友好交往后，往往会使青年男女更稳妥、更认真地择偶，会在交往中加深了解，逐步发展，会减少因空虚无聊而恋爱的比例，美满婚姻的成功率也会更高。

（朱熊兆）

第四节　中年期心理健康

中年期，又称为成年中期，一般是指 35 ~ 60 岁这一阶段。由于中年期时间间隔较长，约二十余年，所以研究者又将 35 ~ 50 岁称为中年前期，50 ~ 60 岁称为中年后期。在中年前期，个体处在生命的全盛时期，体力好、精力旺盛、工作能力强、效率高，知识经验和智力水平都处于高峰期；而在中年后期，个体的体力和心理发展状态开始呈现下降的趋势，但随年龄增长，个体的经验越来越丰富，知识面更宽广、深厚，因而工作能力和效率依然较高。

随着生活和医疗条件的改善，人类的平均寿命不断延长。因此对中年期的年龄划分是相对

笔记

的。对于不同个体来讲,应因人而异。

一、中年期的生理心理特点

(一)生理功能逐渐减退

中年期的生理发展介于青年期和老年期之间,青年期是生理功能日趋成熟和生理功能旺盛的时期,老年期是生理组织器官的老化期和生理功能的退行期,中年期既是生理功能成熟的延续阶段,又是生理功能从旺盛逐渐走向衰退的转变期。

进入中年期后,人体的各个系统器官功能逐渐从完全成熟走向衰退。体重增加,身体渐胖,头发逐渐变白变疏,颜面部皮肤渐显粗糙,各种感觉器官的功能开始减退,大脑和内脏器官系统功能也逐步走向衰退。中年期也容易罹患多种躯体和心理疾病。

(二)心理功能继续发展,并呈现如下特点

1. 中年人的认知特点 中年人的智力发展模式是晶体智力继续上升,流体智力缓慢下降,智力技巧保持相对稳定,实用智力在不断增长。中年人积累了较多理论知识和实践经验,思维能力达到较高水平,因而善于作出理性的分析,具有较强的问题解决能力。

2. 中年人的情感和意志特征 中年人情绪趋于稳定,较青年人更善于控制自己的情绪。做事具有更强的目的性,自我意识明确,意志坚定,个性稳定,是事业上最容易成功的阶段。

二、中年期的心理健康问题

人到中年,大致走完人生旅途中的一半。中年人不论在社会、在家庭,都处于一个承上启下的中坚地位。他们经历了半生奋斗,闯过了人生的风风雨雨,在事业上已有一定成绩,但肩上仍继续承担着事业的重担;在家庭中,既要抚育尚未完全独立的儿女,还要赡养年迈的父母,有“操不完的心”、“做不完的事”,因而成为心理负荷最大的人群。中年人往往心力交瘁,容易产生心理健康问题。面对这些问题,中年人应注意以下方面:

(一)注意身心健康,避免心理负荷过重

中年期任务繁重,压力很大,加之个体意识到人到中年,此时不搏更待何时,因而常常主动找事情做。但由于中年人生活工作繁忙,常感时间紧迫,又有很多想做的事情做不了,容易产生紧张焦虑的情绪。

中年期的烦恼也超过其他年龄阶段。据有关研究结果表明,“引起中年人烦恼”的因素依次排列为:身体不好、社会分配不公、想做的事做不了。此外,还有子女成长不称心、工作不理想、个人价值被否定、人际间的内耗(猜忌与摩擦)、真诚不被人理解等,也是引起中年人烦恼的因素。

紧张感、焦虑和过多的烦恼均容易引起心理和躯体疾病,严重者还可导致自杀。研究表明,30~40岁年龄阶段的个体自杀率明显增高,40~60岁是自杀高峰期。60岁以后即开始下降。尽管自杀者在同龄人中毕竟是极少数,但根据自杀发展的年龄趋势来看,从另一个侧面反映了成年人中期的社会适应、情感适应和承受压力的状况。

关注中年人的身心健康尤为重要,可采取以下的方法:

1. 合理安排时间 中年人要合理地安排自己的时间,注意劳逸结合,避免超负荷的工作,避免身心过劳。充分运用这一年龄阶段特有的智慧,设法取得智力和体力之间新的平衡和协调。

2. 保持平和心态 注意保持心态的平和,学会心胸开阔地面对现实,凡事要有所为,有所不为,量力而行。不是凡事都和人比较,学会适当的放弃,不要为眼前利益而牺牲身心的健康。

3. 学会缓解压力 中年人有着诸多的压力,学会自我调整和缓解压力显得尤为重要。当压力过大时,通过适当的方法宣泄和放松自己,定期参加体育运动,保持身心健康。

(二)处理好家庭中各种关系

中年人是家庭中的一家之主。家庭是中年人事业成功的坚强后盾,家庭的稳定是影响中年

笔记

人心理健康的重要因素。步入中年，随着子女逐渐长大成人，关心照料子女的负担逐渐减轻，但在子女离家自立之前，无论父母的教育观念和方式怎样，他们的情感指向主要还是子女。当子女离家自立时，原有的家庭则面临向“空巢家庭”的转变。夫妻在情感上，需要重新调整，把注意力再次转移到对方身上，此时的情感体验也较青年期更加深刻。夫妻在这一阶段，要相互沟通，相互体谅，特别是在教育子女问题上，多讨论，避免态度的不统一，采取一致的态度对待子女的问题。

在中年期，随着子女年龄的增长，亲子间的关系也在发生相应的变化，中年人应注意这些变化，并适时进行调整。子女在未成年之前，绝大多数子女都是与父母生活在一起，亲子之间交往的次数和相处的时间都较多，相互影响也比较明显。随着青春期的到来，子女追求独立与自主的倾向尤为明显，对父母不再言听计从。此阶段如果父母未认识到子女的发展变化，仍以原来的方式对待他们，把他们当作“小孩子”看待，就很容易和子女产生冲突或隔阂。在子女即将离家自立时，他们已有相当大的独立性和自主能力，他们希望按自己的意愿选择职业，建立家庭。此时，做父母的一方面要尊重子女自主权，不宜过多干涉，更不能包办代替，否则易引起亲子矛盾；另一方面，父母还需用自己的知识经验与生活阅历，给子女以指导和帮助。当子女离家后，由于空间上的限制，再加上子女已经成为成年人，他们在各方面都已基本成熟，思想观念、人格特质等都趋于稳定，父母对他们的影响相对减少、减弱，亲子关系也不同于以前。一方面父母和子女都是成年人，在许多方面都是平等的、相同的，比如都有工作和家庭等；另一方面，此时情感投入也不同以前。在子女成年前，父母情感投入与指向在子女身上占有很大比例；在子女成年离家后，中年父母的注意力开始转向配偶或第三代身上。而进入成年期的子女，他们的注意力主要指向自己的家庭与事业。中年人需要逐渐适应亲子关系的变化。

在子女离家独立生活以后，中年人的家庭负担并没有由此而减轻。因为此时父母年岁已高，赡养老人的问题又摆在面前。照顾老年人，尤其是身体状况欠佳经常患病的老人，不仅经济上要承担责任，而且心理上也要承担一定的压力。中年人需要多和老年人进行情感交流和沟通，解除寂寞孤独造成的心理障碍，保持身体健康，免受疾病的困扰。

（三）顺利渡过围绝经期

围绝经期是生命周期中从中年向老年过渡的阶段，是生育能力由旺盛走向衰退的时期。女性在45～55岁左右，男性则为50～60岁之间，由于人们逐步走向衰老，身体各器官和各个组织都发生退行性变化，其功能和代谢上也产生相应的改变，其中尤以性腺功能的减退更为明显。

在围绝经期，个体第二性征将逐步退化，生殖器官慢慢萎缩，与性激素代谢相关的其他组织也随之退化。对女性来说，在卵巢分泌激素减少的同时，下丘脑、垂体和卵巢之间的平衡关系也发生了改变，因而产生了丘脑下部和垂体功能亢进，表现出自主神经系统功能紊乱等一系列症状，如面部潮红、出汗、头痛、眩晕、肢体麻木、情绪不稳定、小腹疼痛、心慌、失眠、易怒，甚至多疑等，症状可以多种多样。学者们统称这组症状为妇女围绝经期综合征。在男性，性器官逐渐萎缩，性功能也出现由盛到衰的变化过程，主要表现为性功能减退、伴有自主神经功能障碍，在医学上这个时期称为男性围绝经期综合征。

围绝经期综合征是由生理内分泌的改变引起的，另外家庭、社会地位及复杂的心理社会因素，也参与了整个病理过程，对围绝经期综合征所出现的时间和反应的程度都有重要的影响。

围绝经期是每一个体生命过程中必然经历的一个阶段，它的出现属于自然生理现象，任何人都无法抗拒。但是由于围绝经期的个体心理比较脆弱和不稳定，容易发生心理障碍和器质性疾病。因此在围绝经期应更加注意心理卫生和保健工作。

首先，加强宣传和教育，说明围绝经期的到来是符合人生客观规律的过程，处于围绝经期的个体需要以科学的态度、正确认识和对待这种生理的变化，消除顾虑，减少思想负担，避免不必要的紧张、焦虑和恐惧情绪。第二，避免或尽量减少不必要的刺激，保持精神愉快、心情舒畅，有

笔记

利于减轻或消除不舒适的感觉。对于躯体的不适感，及时就诊，做到无病放心、有病早治和及时调理，及早预防器质性疾病的产生。注意心理卫生保健，合理安排时间，劳逸结合，维护良好的人际关系。扩大交往，坚持体育锻炼，顺利地度过生命历程中的这一转折期。

第五节 老年期心理健康

老年期，也称成年晚期，是指60岁至死亡这段时期。进入老年，个体的生理、心理和社会诸方面都会出现一系列变化。

根据联合国教科文组织规定，在一个国家或地区人口的年龄构成中，60岁以上者占10%或65岁以上者占7%，则成为人口老龄化的国家或地区。我国在20世纪90年代进入老龄化人口结构中，我国60岁以上的老年人已经超过1.2亿，是世界上老年人口最多的一个国家。不断提高老年人的心理健康水平，使老年人幸福、愉快地欢度晚年，已成为我国的一个重要卫生课题。

一、老年期的生理心理特点

（一）生理功能衰退

步入老年，各系统功能趋向衰退。脑细胞减少，细胞功能减弱，心血管功能下降，心脏病、高血压等疾病的发病率增多。肺的肺泡部分相对地减少，由20多岁时占肺的60%～70%降至50%以下，肺活量下降；肾脏重量减轻、老化，因而控制能力下降；前列腺肥大现象增多。甲状腺重量减轻，甲状腺功能减弱，肾上腺重量也减轻，男性激素的合成能力明显下降；甲状旁腺分泌功能下降；性腺萎缩，分泌功能下降。骨的含钙量减少，脆性增加，容易骨折。皮肤的组织萎缩，弹性下降；皮脂腺萎缩、汗液分泌减少，皮肤干燥、无光泽、皱纹多；肌肉萎缩，弹性减弱，肌力下降。

（二）心理特征发生变化

1. 感知觉功能下降 感知觉是个体心理发展过程中最早出现的心理功能，也是衰退最早的心理功能，比如老年人视力减退，出现“老花眼”，听力也出现了下降。

2. 记忆的变化 记忆力下降，无论是识记，还是再认、重现能力均不如中青年。近期记忆差，易遗忘，表现为常忘事；远期记忆保持效果好，常能对往事准确而生动的回忆。理解记忆尚佳，机械记忆进一步衰退。

3. 情绪和人格的改变 情绪趋于不稳定，表现为易兴奋、激惹、喜欢唠叨，情绪激动后需较长时间才能恢复。人格上表现出以自我为中心，猜疑、保守、情绪化、偏执敏感等特点。两性出现同化趋势，男性爱唠叨，变得女性化，女性更爱唠叨，变得更加女性化。

二、老年期的心理健康问题

（一）适应退休生活，享受老年生活

退休后，老年人的工作、生活环境和社会角色都会发生一系列变化：从为生活奔波的谋职者变成了旁观者，从以工作为重心转为以闲暇为中心，从工作单位为核心转为以家庭为核心，从紧张的生活转为清闲的生活，从接触的人多事多到接触的人少事少，从关怀子女者变成接受子女赡养者，从经济比较富裕者变成收入微薄者，因此老年人思想上也从由积极状态变为消极状态，精神上从有依赖感变为无依赖感，在思想、生活、情绪、习惯、人际关系等方面容易出现不适应，产生“退休后综合征”。

多数退休的老年人存在着或多或少的失落感和自卑感。老年人对退休的现实有一个逐渐适应的过程，帮助他们进行自我调节十分重要。

第一，把退休看作是一个成功生活历程的一部分。对于老年期出现的各种衰退现象，要有

笔记

思想准备。改变其认知，以乐观的态度，面对人生中“有钱有闲”的这段时间，尽情享受退休后的生活。

第二，坚持学习，活到老，学到老。进“老年大学”一类的学习场所，不仅可以改善老年人的心理功能，特别是记忆力和智力，延缓衰老，还可以使老年人紧跟时代的车轮前进，开阔眼界，保持同社会的接触，将学习所得，加上自己过去的知识和经验，做些有益于集体和公众的事，从而体现个人价值，也使生活过得有意义，减少孤独感和失落感。

第三，培养和坚持各种兴趣爱好，做到“老有所乐”。既可丰富生活，激发对生活的兴趣，又可以协调、平衡神经系统的活动，使神经系统更好地调节全身各个系统、各个器官的生理活动。因此，对推迟和延缓衰老起积极作用。

第四，保持必要的人际交往，积极投身社会生活，对生活中的各种问题，面对现实，以切实的方法解决，不退缩，不逃避；参加体育锻炼，保持身体健康；学会寻找快乐，学会享受老年生活。

（二）正确面对疾病和死亡

步入老年期，个体常患有一种或多种老年疾病，越来越深刻地意识到死亡的临近，并由此产生心理波动。研究表明，老年人出现死亡念头的频率较高，特别是那些患有一种或多种慢性疾病，给晚年生活带来痛苦和不便的老年人，常会想到与“死”有关的问题，并不得不随时做出迎接死亡的准备，表现出对死亡的恐惧和焦虑。老年人的生死观的一个重要方面是希望“暴死”，不希望卧病不起，给别人添麻烦。死亡也是生命的一个部分，只有对死亡有思想准备，不回避，不幻想，才能让老年人克服对死亡的恐惧心理，从容不迫的生活。同时，子女应在生活上积极照料老人，对老人多关心多体贴，多进行情感上的交流，老人有病及时医治，使老人感觉温暖和安全，也能很大程度上促进老年人的身心健康。

（张　岚）

笔记

第四章 主要理论流派

本章系统地介绍了精神分析与心理动力学理论、行为学习理论、认知理论、人本主义心理学理论及心理生物学理论主要内容。同时,为了加深医学生对这些理论在健康和疾病中作用的理解,我们在介绍每种理论时,都提供了该理论在医学中应用的案例。

第一节 精神分析与心理动力学理论

精神分析理论是19世纪末奥地利的精神病学家弗洛伊德(S. Freud)创立的。弗洛伊德在长期治疗癔症与神经症病人的过程中,形成了一系列对心理功能、心理发展及异常心理的概念与设想,称为经典精神分析(classic psychoanalysis)理论。现在我们将弗洛伊德与其后的现代精神分析理论的各种流派,统称为心理动力学理论(psychodynamics)。

一、经典精神分析理论

(一)潜意识理论

弗洛伊德在治疗癔症与神经症的病人时发现,通过催眠暗示和宣泄法让病人重新回忆起过去的经历、体验和宣泄被压抑的情绪,或将产生症状的原因谈出来后,症状就消失了。由此,他认识到被压抑在潜意识中未满足的冲动和情感、遭受过的创伤及未解决的冲突才是导致心理障碍的原因。于是,弗洛伊德以一种"心理地形学"(psychical topography)的观点,将人的心理活动分成意识、潜意识和前意识三个层次,并指出产生症状的原因主要存在于潜意识层面。

1. **意识**(consciousness) 是指那些在任何时刻都被知觉到的心理要素。包括感觉系统所提供的对外部世界的感受、知觉以及各种情绪体验。它直接与外部世界接触,通过对外部现实的知觉来指导与分配资源,调节能量,控制本能冲动。它是我们唯一可以直接到达的心理活动的层次。但意识在精神分析理论中扮演着比较次要的角色。

2. **潜意识**(unconsciousness) 是指人的心理结构的深层,那些我们意识不到的,但却激发我们大多数的言语、情感和行为的原始冲动或本能欲望。潜意识的内容包括本能的能量和被压抑的欲望,而这些带"性"色彩的本能力量和欲望由于为道德、现实和社会文明所不容,所以被压抑到潜意识领域中而得不到满足。但它们总是在不断寻找出路,试图进入意识之中去寻求满足,而这种潜意识的矛盾冲突正是各种症状的根源。

3. **前意识**(preconsciousness) 前意识介于潜意识与意识之间。包括所有当时意识不到但在某些情况下可以意识到的那些心理要素。主要功能是起到警戒作用,不允许潜意识的本能冲动直接进入意识层面。

弗洛伊德认为对人的正常心理和异常心理影响较大的主要在潜意识层面。例如,一个过分要求孩子的母亲,会认为她自己是个自我牺牲的母亲,她只是为孩子好,毫不为己着想,但旁观者都会说,这个母亲潜意识里有管辖和控制孩子的愿望。如果一个病人患有癔症性失明,我们可以推测其潜意识里可能有某些不愿看到的事物,或者他的良心禁止看到这种事物。

精神分析理论认为,潜意识心理的主要成分是童年时期未被满足的冲动或愿望、缺乏爱等形成的情结(complex),遭受威胁、虐待或某种创伤所诱发的恐惧等。某种程度上,当潜意识里未满足的冲动、未解决的创伤或冲突通过自我防御机制达成妥协,而在意识和行为上表现出痛

笔记

苦或异常时就表现为各种症状。

（二）心理发展阶段理论

精神分析理论认为人类的心理发展是由两种本能的内驱力(drive)推动的。一类是生的本能(包括性本能),弗洛伊德用力比多(libido)一词来表示性本能的心理能量;另一类是死的本能,或称为攻击驱力。弗洛伊德把人的心理发展分为五个阶段,在本能内驱力的推动下,各个发展阶段将经历不同的心理冲突并形成心理结构及其特征。如果性心理发展停留在某个阶段或由于遇到挫折从高级阶段倒退到低级阶段,就可能造成心理和行为的异常。童年时期的未解决的情结、冲突或创伤,在成年期会重新活跃起来,对诱发神经症、精神病及心身疾病有重要作用。

1. **口欲期**(oral stage,约至1岁) 弗洛伊德将婴儿期称为口欲期,因为嘴和口腔黏膜构成了满足欲望以及进行交流的最重要身体部位。婴儿通过他的口腔来品尝、体验和“观看”他的世界。获得快乐与避免痛苦的体验是婴儿每天生活的中心内容。建立起安全快乐的母子关系,是形成幼儿最初的信赖感、安全感的关键期。

2. **肛欲期**(anal stage,约2~4岁) 进入生命的第2年,肛门也成为一个快感集中的区域。同时,肛门和膀胱括约肌的使用也是对权利和意愿的一种躯体表达方式。在此期父母开始培养孩子的定时、定点大小便的习惯,孩子则根据自身的快感需求决定是保留还是排泄。孩子开始学会说“不”,他通过控制躯体活动来表达自己的意愿和自主性,这就是“肛欲期的权利斗争”。肛欲期留下问题的人,在成年时表现的人格特点是:洁癖、刻板、施虐和受虐、过分注意细节、嗜好收集和储藏、强迫、权利欲强等。

3. **性器期**(phallic stage,俄狄浦斯情结期,性蕾期,约4~6岁) 继口腔黏膜及肛门之后,婴儿已经表现出对生殖器刺激的兴趣。相对于青春期的性冲动,此时躯体的性冲动实际上是一种“婴儿的性”。在性器期由于男、女儿童对异性父母依恋和攻击常常引起父母的惩罚或干预,这在孩子的潜意识中就被体验为阉割焦虑(anxiety of castration)。这是一种对某种乱伦欲念会受到惩罚而出现对躯体损害的普遍性恐惧。所以当父亲对男孩严厉管教时,男孩会幻想父亲要阉割他,产生阉割焦虑;女孩则潜意识地感觉到来自母亲的焦虑和威胁,害怕母亲约束她的乳房,嫉妒她的身材。为了解决这种冲突,男、女儿童只好认同父亲和母亲(即男、女儿童按性别角色模仿父母),将父母形象内化发展出成熟的超我,缓解三角关系冲突,分得一份平衡的爱。

4. **潜伏期**(latency stage,约6~10岁) 在此期孩子对父母和家人的兴趣减弱,对动物、运动、自然界和学校的学习、同伴的交往好奇心陡增。

5. **生殖期**(genital stage,10~20岁) 此期躯体和性发育成熟,与原始家庭客体(父母)产生心理社会性分离,建立家庭外的亲密客体关系,个性的形成,认知功能继续发展,与文化和社会价值观进行同化和适应。对一些早期遭受创伤的人来说,这也是一生中很容易受伤害的时期,在此之前的口欲期、肛欲期及俄狄浦斯期一些未解决的冲突分别或先后从潜意识浮到表面,表现为崩溃、自动退行、药物滥用、酗酒、攻击性和反社会行为。

（三）人格结构理论

精神分析发展到20世纪20年代,弗洛伊德提出了人格结构模式,这个结构模式包括三个功能上相关的部分,分别称为本我、自我和超我。目的是把功能相关的心理内容与过程组织在一起。

1. **本我**(id) 它位于人格的核心,是人的心理经验中最原始的部分,是潜意识的,包括了性本能冲动和原始欲望。最初本我很强大,自我只是本我外包裹的一层,以后受文化教育的影响致自我增大。本我遵循快乐原则(pleasure principle),其强烈的愿望就是追求快乐的满足。本我的动力虽然很强大,但与现实没有联系,它依赖于自我与外部世界发生联系并获得满足或宣泄。

2. **自我**(ego) 其作用主要是处理个体与环境的关系。从动力的角度理解,本我的愿望和力比多能量充填到自我,自我成为本我或内驱力的执行者;从环境或现实的方面理解,自我是现实生活的承担者。自我遵从的是现实原则(principle of reality),它试图通过延迟满足的方式以

笔记

现实原则替代本我的快乐原则。自我在发挥作用时，经常要努力协调本我和超我盲目的、不合理的要求与外部世界的现实要求之间的冲突，自我会变得焦虑不安。于是，自我就动用压抑和其他防御机制来保护自己摆脱焦虑的困扰。

3. 超我(superego) 是从自我发展出来的，超我是个体在成长过程中通过内化道德规范、社会及文化环境的价值观念而形成的，它按照“至善原则”(principle of ideal)行事，监督、批判及管束个体的行为。超我追求完美，会与自我联手阻挡那些代表原始冲动的本我愿望的表达，所以它与本我一样是非现实的，大部分也是非理性的。

弗洛伊德指出，在健康人身上，本我、自我和超我是统一协调的，由自我起着主导作用，使相互间的冲突降到最低程度。图4-1表现了在三个假设的人身上本我、自我和超我三者之间的关系。对于第一个人，本我统治着软弱的自我和衰弱的超我，阻止自我平衡。它持续不断的要求，让这个人不停地寻找快乐，不管这种快乐是否可能以及是否合适；第二个人具有一个软弱的自我和强大的超我，有强烈的内疚感或自卑感。这个人因为自我不能断然拒绝超我和本我强烈的互相抵触的要求，将体验很多冲突；第三个人具有强大的自我，并能很好地协调超我和本我的许多要求。因此这个人在快乐原则和道德原则的双重控制之下具有健康的心理。

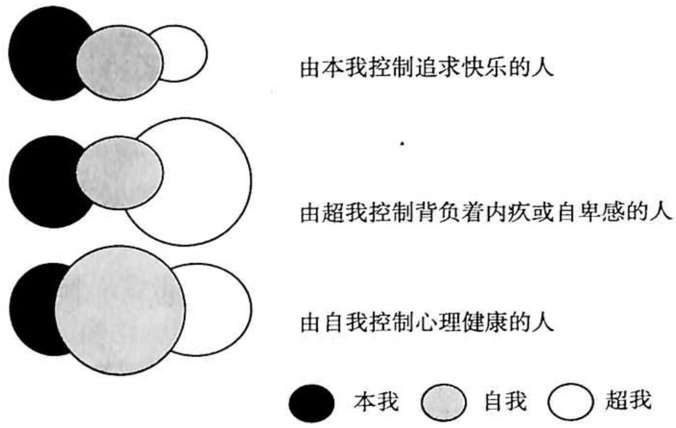


图4-1 三个假设人的本我、自我和超我之间的关系

(四)焦虑与自我防御机制

1. 焦虑的概念与种类 弗洛伊德认为焦虑(anxiety)是被感觉到的、不愉快的情绪状态并伴有迫近危险的生理反应。引起焦虑的危险信号可能来自体内或体外，但更多的是来自本我，即内驱力。弗洛伊德认为虽然本我、超我和外部世界均包含在焦虑中，但只有自我能够产生或感到焦虑，自我是焦虑情绪的发源地。弗洛伊德断言焦虑是心理疾病的主要问题。弗洛伊德描述了三种性质的焦虑。

(1)现实焦虑(reality anxiety)：也称客观焦虑，它与恐惧关系很密切。这种焦虑是指面对一种可能出现的危险时所经验的一种没有特定指向的不愉快的情感。例如，当我们来到一个陌生的城市，在拥挤不堪、快速奔驰的车流中驾驶时就会体验到现实焦虑。这种情境充满了真实的、客观的危险。

(2)神经症性焦虑(neurotic anxiety)：是指一种对未知的危险的担心。这种情绪产生在自我内部，当本我的冲动进入到意识时，自我就会感到神经症性的焦虑。例如，人们可能在老师、领导或其他一些权威人物在场时感到焦虑，这是因为他们童年时曾有过对父亲或母亲的潜意识的攻击性感情。

(3)道德性焦虑(moral anxiety)：源于自我和超我的冲突，也称超我焦虑。通常在五、六岁期间，超我建立之后，人们就可能体验到现实需要和超我的命令之间冲突引起的焦虑。道德性焦虑也可因我们的行为与道德标准不一致而产生。例如，因不能照料年迈的父母而不安和内疚。

笔记

2. 自我防御机制　自我防御机制(ego defense mechanisms)是自我为了对抗来自本能的冲动及其所诱发的焦虑,保护自身不受潜意识冲突困扰,而形成的一些无意识的、自动起作用的心理手段。虽然正常人普遍应用防御机制,但是如果使用过头,会引起强迫性的、重复性的,甚至是神经症性的行为。当自我功能降低,防御机制上升到意识层面就可能表现为病理性的。

(1)压抑(repression):压抑是最基本的防御机制,因为它包含在其他各个防御机制中。每当自我受到来自本我的冲动的威胁时,就通过压抑这些冲动来保护自己,也就是说,它强迫这些具有威胁的情感进入潜意识。

(2)抵消(undoing)和隔离(isolation):抵消是用来摆脱不愉快经验及其后果的自我防御方式。临床上常见的强迫性洗手、洗衣等行为就是抵消这种防御失效了,表现为症状。隔离是自我试图把不愉快经验隔离起来,通过强迫性的观念阻止任何不愉快经验和情感的进入。抵消作用常常产生强迫性仪式动作,而隔离作用常常导致强迫思想和重复观念。

(3)反向作用(reaction formation):被压抑的冲动进入意识的另一种表现形式是通过采用某种与它本来面目完全相反的伪装。这种防御机制叫做反向作用。我们可以从反向作用的夸张特征和其强迫形式上对其加以确认。例如,一个对母亲不满的女孩,如果意识到内心对母亲有怨恨,会产生强烈的焦虑,为了避免焦虑,就会表现出相反的冲动——爱。但是她对母亲的爱是不真实的。这种爱往往很做作,很夸张和过分。但是这个女孩必须欺骗自己,用反向作用机制隐藏其潜意识中怨恨母亲而引起焦虑的真相。

(4)置换作用(displacement):弗洛伊德认为反向作用只是局限于单一对象,置换作用是将不能接受的欲望转移到其他各种各样的人和物身上,从而使原始冲动伪装或隐藏起来。置换是把本能能量放到最合理的替代出口的活动。

(5)固着(fixation):固着是力比多对早先的比较原始的发展阶段的一种持续性的依附。总是从吃喝、抽烟或谈话中寻求快乐的人可能具有一种口腔固着,而过分清洁和整齐的人可能是一种肛欲期固着。

(6)退行(regression):力比多在通过某个发展阶段之后,如果遇到紧张和焦虑,还可能退回到早先的阶段。这种现象被称为退行。

(7)投射(projection):当一种内部的、本能的冲动太令人焦虑时,自我可能把这种不受欢迎的冲动归之于某个外部对象,这就是投射机制。投射是指在别人身上看到实际上存在于自己潜意识中的那些不能被接受的情感或倾向。投射的一种极端类型是妄想狂,其特点是强烈的嫉妒妄想和迫害幻想。

(8)内射(introjection):内射与投射相反,这种防御机制是把别人的积极品质纳入到他们的自我中。例如,青少年可能会内射或采用电影明星的怪癖、价值观或生活方式。

(9)升华(sublimation):升华是一种以文化的或社会的目的替代性爱的生殖目标的一种压抑行为。升华最明显的表现在诸如艺术和科学等创造性文化造诣上,升华也表现在一切人际关系和社会追求方面。

(五)神经症的心理病理学

精神分析理论认为潜意识里的神经症性冲突是导致神经症性心理障碍的重要原因。所谓潜意识冲突,主要指童年时形成以及没有得到解决的冲突,多数一般或重大的冲突都涉及俄狄浦斯期(4~6岁)。最典型的潜意识冲突存在于力比多或攻击的愿望与惧怕失落、惧怕报复及现实世界的限制之间,或者说冲突存在于愿望满足与不能满足之间。在这里,人的力比多愿望应理解为渴望性的和感情上的满足,即渴望趋近或得到某种客体(如喜爱的人或物)的愿望。当人们谈到高兴、兴奋、愉快、期望、爱、渴求,就是在形容力比多的愿望。而攻击的愿望跟力比多愿望不同,是一种破坏性的愿望,即避开或破坏某种客体的愿望。

弗洛伊德认为,根本上这种冲突体现在自我与本我之间。冲突是这样一个过程:本我的冲

笔记

动(力比多愿望)在寻求释放时受到自我防御机制的阻碍,防御的作用使得本我的冲动不能通过自我适当的释放以获得满足或直接进入意识领域获得满足。自我要防御本我冲动并阻碍其释放的原因是超我扮演着禁止本能冲动进入自我的角色。在神经症性冲突中超我的作用非常复杂,超我可能站在自我一边,也可能站在本我一边或同时站在两边加入冲突。是超我使自我感到羞愧或者使得自我以象征和歪曲的方式释放冲动。超我也可能变得以退行的、再本能化的方式进入神经症性冲突,这样自责便带有了类似驱力的特征。如一个学习非常努力的学生的动力可能来自于超我的压力,但看上去似乎是本能性的,他们经常面临着自我和谐的要自强、自大的内部命令。充满内疚的患者于是便进入到一次次引起痛苦的境遇。所有的精神器官都参与了神经症的形成。

由于自我不断地投入能量力图阻止本我欲望进入意识和产生行动,导致自我力量的相对不足。此时,被耗竭的自我已无法再继续其防御或抵抗,最终不得不允许一些本能某种程度的释放。当本能的冲动不得不以伪装的和歪曲的形式释放时,就是以神经症的症状形式表现出来。

二、现代精神分析的发展

弗洛伊德的精神分析理论从创立之初到其后的传承中,一直存在着在理论观点和治疗技术上的不断分化和重组。如前所述,弗洛伊德以后的精神分析在近现代的发展中形成了几个分支,弗洛伊德的经典理论和其后的发展一般被统称为"心理动力学理论"(psychodynamics)。其中他的女儿安娜·弗洛伊德和哈特曼、埃里克森等人强调自我的功能,形成了精神分析的自我心理学(ego psychology);因第二次世界大战移居到美国的精神分析学家霍妮、弗洛姆和沙利文等,用文化因素、社会条件和人际关系等取代了性本能和攻击本能在精神分析理论中的地位,形成了新精神分析(neo-psychoanalysis)。新精神分析学派对精神分析的主要观点做了修正。第一,弗洛伊德强调快乐原则是主宰人类行为的原则,新精神分析不强调本能行为的决定因素,而强调文化社会因素对人格发展及神经症症状的影响,如安全和满足的需要也是主宰人类行为的指导原则;第二,他们把自我看作是人格的更独立的部分,给予自我更重要的地位和自主权,他们认为自我不论在功能和起源都不依赖本我,它是负责智力发展和社会发展的一种理性的指导系统,它有自己的能量来源和动机与目标;第三,强调童年经验和家庭环境对人格发展和精神病病因学的重大作用。

目前,现代精神分析发展的主流是客体关系理论(object relation)与自我心理学(self psychology)理论。主要代表是梅拉尼·克莱因、奥托·科恩伯格、温尼科特及科胡特等。

克莱因、科恩伯格的客体关系理论强调母亲与婴儿的亲密关系对心理健康的影响。所谓客体关系指的是人与人之间的关系。客体关系中的客体(object)指的是有特别意义的人或事物,是一个人的感情或内驱力的投注对象或目标。在对婴儿的养育过程中,母亲是婴儿最重要的客体,母亲与婴儿形成了错综复杂的客体关系,儿童的人格组织是外部客体(如母亲)及客体关系内化的结果。科恩伯格认为理解人格结构(从极度紊乱到正常)的关键是母婴关系,早期健康的客体关系会使个体获得一个整合的自我、有力的超我和满意的人际关系;早期不良的母婴关系会导致矛盾的自我状态和多种不同程度的成人心理障碍,如边缘性人格障碍。

科胡特关于自体和自体的结构的观点主要来自对自恋性人格障碍的分析。他对自体的强调远超过自我(ego),自我只是心理学家设想的描述性概念。他认为自体不是一个概念,而是一个空间上紧密结合在一起、在时间上是持久的、是创始的中心和印象的容器,是一个人精神世界的核心。弗洛伊德将心理疾病看作是本我、自我和超我之间的结构冲突的表现,而自体心理学理论认为,如果个体在童年期受到虐待、创伤及不良的养育方式的影响,其自体的发育就会受到阻碍,导致自体的断裂、扭曲和发育不良,发展的停止导致不完整的人格结构,从而罹患自体性疾病,如自恋性人格和表演性人格障碍等。

笔记

三、心理动力学理论的临床应用举例

某女28岁，是一位机关工作者。诉说自己在公共场合总是控制不住的“脸红”，并担心脸红时别人对自己有不好的看法。这种情况是在一次参加县里招商活动时变得有些控制不住了，当时她负责检查各个房间的设备，她每进入一个房间，都要不由自主地照镜子看自己的脸是不是变红了。检查结束的时候，她觉得脸色变得像红苹果一样。后来这种情况对她的工作和生活影响特别大。通过会谈来访者回忆起最早在8年前就曾出现过脸红，那时她去美容院做面膜，可能是由于面膜的原因，她的脸在开会时仍有些红，同事就问她为什么，自此以后她就开始注意这个现象。结果发展到一开会就容易担心脸红，并为此忧心、懊恼。

案例分析：这是对人恐惧症中常见的一种症状，多发生于青年女性。按照精神分析的人格结构理论分析，这是来访者的“自我”的功能尚不成熟，“超我”的监督比较严厉，现实感不太好。通过会谈治疗者了解到，这位女士在家庭中从小受到父母的过度管束，如不能与男生交往，说话做事要谨慎等。她也很听父母的话，从小到大很规矩、正派，对自己严格要求。结果形成了一个严厉的“超我”，这个“超我”对“自我”的各种活动时刻进行着监督，使她变得过于谨慎、刻板。最初，脸红只不过是其内心的情绪或冲动有所唤醒的表现，结果由于严厉超我的检查作用，脸红引起了自我的焦虑或不安，这种焦虑潜意识的产生了信号作用，提醒她时刻防备自己在公共场合别暴露内心的愿望或冲动，驱使她主动回避与异性接触，以免控制不住“本我”从而带给她的更大的焦虑和罪恶感。对脸红的烦恼、担忧和回避行为，严重的妨碍了她的工作和生活，从而成为一种社交焦虑的症状。

针对来访者的症状，治疗者向她解释：一个人性格中的本我和超我部分，无论哪一方过强或过弱都会产生不和谐与心理冲突，性格内部不稳就容易产生各种心理症状。解决的要点是引导来访者缓解超我的严厉监督和评判作用，不去认同超我的各种要求，而是倾听自己的心声，尊重和认同自己内心的愿望和要求，努力提高自我的功能，使其自我变得更合情合理、更符合现实，能较好的处理外部现实、本我与超我之间的关系。认清和辨别外部环境中所感觉到的“危险”不过是一种幻想，只有使本我的愿望得到适当宣泄，其与超我之间变得和谐、平衡，才能形成一种健康和谐的人格并最终消除面红恐惧的症状。

（杨凤池　傅文青）

第二节　行为学习理论

行为学习理论存在的时间很长，1913年美国心理学家华生发表了《行为主义者眼中的心理学》，成为行为主义诞生的标志，行为学习的理论来源主要有三个方面：经典条件反射理论、操作性条件反射理论、社会学习理论。这三种理论的一个共同点就是学习，它们都是关于有机体的学习的发生机制和条件的理论，其中每种理论各说明一种学习形式。因此，学习概念是行为理论的核心。

一、主要的理论内容

一般认为，“行为”是指个体活动中可以直接观察的部分。新行为主义心理学家斯金纳等人通过大量的研究，扩大了人们对行为含义的理解，将“行为”理解为个体内在的和外在的各种形式的运动，也包括主观体验、意识等心理活动和内脏活动。行为学习的理论是不同的学者在不同的时期建立和发展起来的。其主要观点是把发展视为以奖励、惩罚和模仿为基础的学习。

在行为主义者看来，除了遗传和成熟的有限作用外，学习是获得行为和改变行为的主要途径。无论是适应的行为还是不适应的行为，都产生于学习。既然心理治疗就是消除和改变不适

笔记

应行为，获得适应的行为，学习就是实际治疗目标的主要手段。行为治疗技术实际上是一些获得、消除和改变行为的学习过程。

对人类行为的发生及其机制的阐述是行为理论的主体内容。对人的行为的理解有这样几个要点：行为就是人们所说和所做的；行为具有一种以上的测量尺度；行为可以观察和记录；行为对外界环境产生影响；行为是受自然规律支配的。行为主义者对人类本性的观点是：人是被环境和遗传决定的反应或有机体，人既是环境的生产者，也是环境的产物，人的行为是有规律的，人的行为是学习来的。

20 世纪 70 年代以前，行为治疗领域占支配地位的理论观点是经典的行为主义心理学。目前在行为治疗者内部出现了四个不同的派别。第一派是经典的行为治疗者。第二派强调认知和情感等因素在问题行为产生与改编中的调节作用。第三派为技术或方法上的折衷主义者，他们主张采用多渠道的治疗方法。第四派为主张采用“实验-临床法”的行为治疗者，强调必须用实际的临床病人做受试者进行实验研究以检验各种理论和评价各种疗法的效果。本书主要介绍经典的行为学习理论。

二、经典条件反射理论

俄国生理学家巴甫洛夫(I. P. Pavlov，1849—1936)，在 20 世纪初出现了经典条件反射(classic conditioning，CC)，又叫反应性条件反射，它是以无条件反射为基础而形成的。一个中性刺激通过与无条件刺激配对，最后能引起原来只有无条件刺激才能引起的反应，这就是初级条件反射。在初级条件反射的基础上又可以引起一个新的中性刺激从而建立次级条件反射。由于人具有概念和语词能力，可以用概念和语词替代任何具体的刺激物，所以人能够以语词建立及其复杂的条件反射系统。华生(J. B. Watson，，1878—1954)曾经认为，经典的条件反射是一切行为的基本单位，意思是一切行为都可以通过分析还原为一个个条件反射。这一看法后来由于对操作性条件反射和其他学习形成的发现被提出质疑，但经典的条件学习的确是许多行为的获得途径，这一点是毋庸置疑的。图 4-2 清晰地显示了经典条件反射的建立与消退过程。

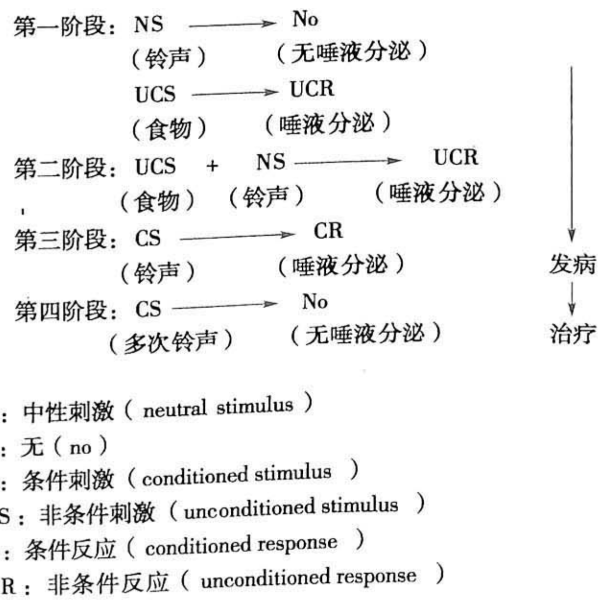


图 4-2 经典条件反射的建立与消退过程

影响经典条件反射的因素：①非条件刺激(UCS)与条件刺激(CS)的性质，越强的刺激，其效果越显著；②UCS 和 CS 之间的时间关系：CS 必须先于或同时与 UCS 发生；③CS 和 UCS 之间的一致性，在每一次试验中 CS 与 UCS 要同时展示；④共同作用的次数，随着 CS 与 UCS 共同配合

的次数增多，条件反射增强；⑤以前对 CS 的体验，如果主体以前在没有非条件刺激的情况下已受过某种刺激，那么，当这种刺激与一个非条件刺激共同作用时，就不太可能成为条件刺激。

心理学家华生进一步说明人的行为，不管是正常或病态的行为，适应性或非适应性的行为，都是经过"学习"而获得的。华生跟他的同事于 1920 年曾发表他们的临床实验。他们让一个九个月大的男孩跟一只白老鼠接近，每当男孩看到白老鼠时他们就制造不悦的噪声（如猛击铁棒），经过这样的几次结合后，每当白老鼠出现时，男孩就会哭闹，出现紊乱的表现。此后观察这男孩不但怕老鼠而且还泛化到白兔等有毛的动物身上去了。对本来他不怕的对象，如兔、狗、有毛的玩具，甚至棉花也发生了恐惧或消极的反应。可以说这是经过实验制造的人为的"恐怖症"，也证实了"惧怕"的行为（或非适应性的精神症状）可经过"学习"而产生。

1924 年，临床心理学家 Jones MC 运用学习的原理治疗了一个惧怕白兔的小孩。琼斯让这个患有恐怖症的三岁小孩跟其他的孩子一起，处于能让他安心的环境之后，一方面给他喜欢吃的食物，另一方面按程度逐渐由远而近地让小孩与白兔接近。如此逐步把恐惧白兔或其他类似的物体恐惧症治好。可说是，这是行为治疗的首次报道的案例。华生认为：不论如何复杂的人类行为都是学习的结果。复杂的学习行为遵循两条规律：①频因律，即对某一刺激的某一行为反应发生的次数越多，那么这一行为就越有可能固定保留下来，并在以后遇到相同的刺激时很可能再次发生；②近因律，即对某一刺激发生某一行为反应在时间上越接近，那么这一行为反应越容易固定下来，并在以后遇到相同的刺激时越容易发生。

三、操作性条件反射理论

美国心理学家斯金纳（Skinner BF，1904—1990）通过一系列实验证明操作性条件反射理论。在一个后人以他的名字命名的斯金纳箱中，安放有一个食物盘。把一只饥饿的鸽子放入箱中，它在寻找食物时可能啄红灯的窗户而获得了食物。如果这种操作偶然重复若干次，鸽子就会主动啄红灯的窗户。也就是说它学会了获得食物的行为，食物是对啄红灯的窗户的奖励，因此也称为"奖励性的学习"。操作性条件反射的实验有力地说明：行为的后果直接影响该行为的增多或减少。

虽然许多与情绪反应相联系的行为和习惯可能是应答性条件作用的结果，但人们普遍认为，人类更大范围的行为类型是通过操作性条件反射过程获得的。

操作性条件反射（operant conditioning）又叫工具性条件反射（instrumental conditioning）。它的关键是描述了有机体（动物或人）做出一个特定的行为反应，这个行为反应导致环境发生某种变化，即发生了一个由有机体引起的事件。这个事件对有机体可能是积极的，没有适应价值的。不管是哪一种，这个事件都会对有机体继后的反应有影响。如果事件具有积极价值的话，有机体会更倾向于作出同样的行为，如果具有消极价值的话，则会抑制该行为。显然，这是一种学习过程，通过这种过程，有机体"知道"了行为与后效的关系，并能根据行为后效来调节行为。

既然人们的行为是由行为的后效来塑造的，那么，有意识地设置一些环境条件，使特定的行为产生特定的后效，就可以有效地控制、塑造行为。操作性条件反射的治疗原理就在于此。

在操作性条件反射中，我们还会遇到一个十分重要的理论，这就是行为强化。所谓行为强化是指：一个具体的行为的发生，有一个直接结果紧随着这个行为，导致了这个具体行为在将来被加强的过程。行为强化分为正性强化与负性强化。所谓正性强化是指具体行为之后，出现了刺激结果的增加，导致具体行为的增强；所谓负性强化是指具体行为之后，出现了刺激结果的移除，导致了具体行为的增强。

例如：孩子在商店发脾气时，刺激结果是妈妈立刻给孩子买糖，结果导致：将来孩子更有可能在商店里发脾气，这对孩子来讲是正性强化；当孩子在商店发脾气时，妈妈立刻买糖，刺激结果是孩子停止了发脾气，结果导致了孩子一哭，妈妈更有可能买糖，若对妈妈来讲，可以看成为

笔记

负性强化。

影响行为强化的因素:①直接性:当刺激物在行为配合直接发生,强化刺激效果更大;②一致性:刺激与行为发生的一致性越大,强化效果越大;③已形成事件:在刺激发生之前环境与个体的实际状态具有直接的关系;④结果的特征:强化刺激,因人而异。

四、社会学习理论

美国心理学家班杜拉(Albert Bandura)是社会学习理论的创建者。社会学习理论提出了另一种学习形式,称作观察学习或模仿学习。社会学习理论家认为,人类的大量行为的获得不是通过条件作用的途径进行的。例如:没有哪位成年人去为一位少年设计一套学骑自行车的强化训练程序,绝大多数孩子都是先观察别人如何骑车,由别人告知一些要领,然后自己进行模仿练习而学会骑车的。按社会学习理论的说法,构成人的模仿对象的范围极其多样,不仅有别人的行为,而且像书籍、电影等均是被模仿行为的来源。这就难怪他们要宣称模仿学习是人类学习的主要途径了。

班杜拉认为观察学习包括四个具体过程:首先是注意过程,即集中注意观察所要模仿的行为示范,这是后面过程的基础;其次是保持过程,指把观察得到的信息进行编码并储存在记忆中的活动;第三是运动再现过程,即通过自己的运用给合再现被模仿的行为;第四是动机确立过程,这是使一项模仿实际实行与否的制约因素,这一过程会影响前面三种过程。多数有目的的模仿行为都须某种动机力量的支持。观察、记忆和重现,如果没有动机推动和支持,都有可能不发生。当然也有无意模仿的情况,但这种模仿往往是零散的、随机的,且往往对个体不具有明显的意义。

社会学习在社会化过程中的作用是班杜拉一直特别重视的方面。所谓社会学习是社会引导社会成员用社会认可的方法去活动。在此方面,班杜拉作过许多方面的研究,比如攻击性的社会化。如果当儿童用合乎社会的方法表示攻击性时,如球赛或打猎,父母和其他成年人就奖励儿童;当他们用社会不允许的方式来表现攻击性时,如打小孩,则父母和成年人则惩罚他们。儿童就会根据被强化的模式来调整自己的行为。班杜拉认为,男女儿童的性别品质的发展较多的也是通过社会化过程的学习,特别是通过模仿而获得的。

五、行为学习理论的临床应用举例

患者的一般资料:王某,女,20 岁,大学生。

求助过程及方式:由父母陪同来心理门诊求治。

求助的主要原因:患者半年前与男友分手之后,心情低落,产生难以抗拒的饮食欲望,在外暴饮暴食,一直吃到撑得难受才罢休,暴食后心情稍有缓解。之后每逢心情不好,或遇事不顺心即会产生强烈的饮食欲望,暴饮暴食。开始时每 2 至 3 周发作一次,每次暴食维持 1 ~2 天,饭量是常人的 3 ~5 倍。发作时,每 1 ~2 小时即会产生难以忍受的饥饿感,若不进食,则头晕、心慌、易怒,进食后缓解。3 个月前发作变得频繁,发作维持时间变长。体重明显增加。而因担心身材改变,而在暴食后采用引吐、导泻、增加运动量等方法,以消除暴食引起身体发胖的恐惧心理。一再发誓不再滥吃,但饥饿感来袭时,又无法控制。患者近半年来学习效率下降,有时旷课,感觉难以应付考试。

重要的成长经历:患者 9 岁时父母离异,之后随父亲生活,在患者不开心的时候父亲就会给她买好吃的东西来哄她开心,她就会觉得心情好些,患者认为吃东西让胃满满的能改善心情。

从本理论出发的心理学发现:此患者被诊断为神经性贪食症,患者存在暴食的问题行为,这种行为被情绪的短期改善所强化,当患者觉得暴食能改善情绪时暴食的问题行为就逐渐固定下来。

笔记

结合本理论对案例形成的心理学解释：患者的成长经历中曾有遇到不开心的事情时，可以通过进食缓解情绪，进食和缓解情绪之间建立了操作性条件反射，即不开心的时候吃东西能获得改善心情的奖励。所以当患者再次遭遇强烈的生活事件刺激时，会通过暴食的方式来缓解情绪。对此案例医生决定使用行为疗法中的正强化法矫正其不良进食行为。

（汤艳清）

第三节　认知理论

一、主要的理论内容

20世纪五、六十年代，在行为主义备受诟病，而信息论、控制论、系统论以及计算机科学迅猛发展的情况下，心理学界掀起了研究认知过程的热潮。1967年，美国心理学家Neisser出版《认知心理学》，标志着认知心理学的诞生。认知心理学的主要理论基础是信息加工理论，故又称信息加工心理学。它是当今心理学中最热门的分支，也是心理学家试图使用科学方法进行研究的重要成果。

（一）认知心理学

广义上，认知心理学泛指一切以认知过程为对象的心理学研究。狭义专指信息加工认知心理学。不加说明时，医学心理学中所提及的认知心理学就是狭义者。

认知心理学通过信息加工的方法去探讨人怎样凭借感官接受信息、贮存信息，以及提取和运用信息的不同阶段，强调人的已有知识结构对行为和当前认知活动的决定作用，对人的知觉、记忆、概念形成、推理、问题的解决以及语言的形成和运用等进行了研究。认知心理学家把人看成是计算机式的信息加工系统，人脑的运作与计算机的运作相似，就是输入信息和输出信息之间的过程。

认知心理学强调了意识（理性）在行为上的重要作用，强调了人的主动性，重视了各心理过程的联系、制约，基本上博采了几大学派的长处。认知心理学反对行为主义流派的简单机械的“刺激－反应”公式，认为认知有决定行为的重要作用；它也反对精神分析流派的潜意识（本能）决定论，强调理性和认识的重要性。

（二）认知与情绪、行为

认知心理学的兴起是受多种因素影响，逐渐演变而成，即无核心人物、非某人独创，是由许多心理学家各自独立地发展自己的体系而形成的。他们的体系都有相同或相近的取向，即认知取向，都认同人的情绪、行为受学习过程中对环境的观察和解释的影响。不适宜的情绪、行为产生于错误的知觉和解释。所以，要改变人的情绪、行为，就要首先改变人的认知。认知学派认为，在多数情况下，情绪、行为和认知是相伴而生的，认知可以改变情绪、行为，情绪、行为也可以改变认知。

1. 情绪认知理论　该理论认为情绪的产生受到环境事件、生理状况和认知过程三种因素的影响，其中认知过程是决定情绪性质的关键因素。它包括：阿诺德的“评定兴奋”说；沙赫特的两因素情绪理论；拉扎勒斯的认知评价理论；西米诺夫的情绪认知信息理论；扬和普里布拉姆的情绪不协调理论。

（1）阿诺德的“评定兴奋”说：美国女心理学家阿诺德（Arnold）在20世纪50年代提出了情绪的评定兴奋学说，她认为，刺激情景并不直接决定情绪的性质，从刺激出现到情绪的产生，要经过对刺激的估量和评价，情绪产生的基本过程是刺激情景——评估——情绪。同一刺激情景，由于对它的评估不同，就会产生不同的情绪反应。评估的结果可能认为对个体“有利”、“有害”或“无关”。如果是“有利”：就会引起肯定的情绪体验，并企图接近刺激物；如果是“有害”：

笔记

就会引起否定的情绪体验,并企图躲避刺激物;如果是"无关":人们就予以忽视。阿诺德举例:在森林里看到熊会产生恐惧,而在动物园里看到关在笼子里的熊却不产生恐惧。情绪产生取决于人对情境的认知和估价,通过评价来确定刺激情景对人的意义。阿诺德认为,情绪的产生是大脑皮层和皮下组织协同活动的结果,大脑皮层的兴奋是情绪行为的最重要的条件。她提出情绪产生的理论模式是:作为引起情绪的外界刺激作用于感受器,产生神经冲动,通过内导神经上送至丘脑,在更换神经元后,再送到大脑皮层,在大脑皮层上刺激情景得到评估,形成一种特殊的态度(如恐惧及逃避、愤怒及攻击等)。这种态度通过外导神经将皮层的冲动传至丘脑的交感神经,将兴奋发送到血管和内脏,所产生的变化使其获得感觉。这种从外周来的反馈信息,在大脑皮层中被估价,使纯粹的认识经验转化为被感受到的情绪。这就是"评定-兴奋学说"。

(2)沙赫特的两因素情绪理论:20世纪60年代初,美国心理学家沙赫特(Schachter)和辛格(Singer)提出,情绪的产生归之于环境因素、生理因素和认知因素三者的整合作用。环境中的刺激因素,通过感受器向大脑皮层输入外界信息;生理因素通过内部器官、骨骼肌的活动,向大脑输入生理状态变化的信息;认知过程是对过去经验的回忆和对当前情境的评估。来自这三个方面的信息经过大脑皮层的整合作用,才产生了某种情绪体验。将上述理论转化为一个工作系统,称为情绪唤醒模型。这个情绪唤醒模型的核心部分是认知,通过认知比较器把当前的现实刺激与储存在记忆中的过去经验进行比较,当知觉分析与认知加工间出现不匹配时,认知比较器产生信息,动员一系列的生化和神经机制,释放化学物质,改变脑的神经激活状态,使身体适应当前情境的要求,这时情绪就被唤醒了。

沙赫特和辛格设计了一项实验,以证明环境、生理和认知三个因素在情绪中的作用。实验前告诉被试,要考察新维生素化合物对视敏度的影响。在他们同意后进行药物注射,对照组的是生理盐水,实验组的是肾上腺素。肾上腺素使被试出现心悸、颤抖、灼热、血压升高、呼吸加快等反应而处于生理唤醒状态。实验组被试分为三组,"告知组":告诉被试药物会导致心悸、颤抖、兴奋等反应;"未告知组":对被试说药物是温和的,不会有副作用;"误告知组":告诉被试药物会导致全身麻木、发痒和头痛。人为地安排两个实验情境:"欣快"情境与"愤怒"情境。实验组三组被试各有一半进入"欣快"情境,另一半进入"愤怒"情境。"欣快"情境中实验助手在室内唱歌、跳舞、玩耍,表现得十分快乐,并邀请被试一同玩耍。"愤怒"情境中实验助手对填写着的调查表发怒、咒骂、跺脚,最后撕毁调查表;被试也被要求填写同样的调查表,表上的题目带有人身攻击和侮辱性,并会引起人极大的愤怒。实验假设如果生理唤醒单独决定情绪,那么三组被试应该产生同样的情绪;如果环境因素单独决定情绪,那么所有进入"欣快"情境的被试应该产生欣快,所有进入"愤怒"情景的被试应该产生愤怒。结果发现对照组和告知组被试在室内安静地等待;未告知组和误告知组被试则倾向于追随室内同伴的行为,变得欣快或愤怒。结果表明控制组被试未经受生理唤醒,告知组被试能正确解释自身的生理唤醒,他们都不被环境中同伴的情绪所影响,因此没有任何情绪反应;未告知组和误告知组被试对自身的生理唤醒没有现成的解释,从而受到环境中同伴行为的暗示,把生理唤醒与"欣快"或"愤怒"情境联系起来并表现出相应的情绪行为。这证实了无论生理唤醒还是环境因素都不能单独地决定情绪,情绪发生的关键取决于认知因素。

(3)拉扎勒斯的认知——评价理论:认为情绪是人和环境相互作用的产物,在情绪活动中,人不仅接受环境中的刺激事件对自己的影响,同时要调节自己对于刺激的反应。情绪活动必须有认知活动的指导,只有这样,人们才可以了解环境中刺激事件的意义,才可能选择适当的、有价值的动作组合,即动作反应。情绪是个体对环境事件知觉到有害或有益的反应。在情绪活动中,人们需要不断地评价刺激事件与自身的关系。具体来讲,有三个层次的评价:初评价、次评价和再评价。初评价是指人确认刺激事件与自己是否有利害关系,以及这种关系的程度。次评价是指人对自己反应行为的调节和控制,它主要涉及人们能否控制刺激事件,以及控制的程度,

笔记

也就是一种控制判断。再评价是指人对自己的情绪和行为反应的有效性和适宜性的评价，实际上是一种反馈性行为。

2. 认知行为理论　该理论中富有代表性的包括：埃利斯理性情绪治疗理论、班杜拉社会学习理论、格拉瑟现实治疗理论、托尔曼的认知行为主义理论、贝克的认知疗法理论。

（1）埃利斯理性情绪治疗理论：20 世纪 50 年代美国临床心理学家埃利斯（Ellis）提出了认知的"ABC 情绪理论框架"，认为"人不是为事情困扰着，而是被对这件事的看法困扰着。"简单来说，ABC 指的是事件、人们对事件的看法，事件的结果；所谓 ABC，A 指事件（accident）；B 指信念（beliefs），也称为非理性信念，是指个体在遇到诱发事件之后，对该事件的想法、解释和评价；C 是指这件事发生后，人的情绪和行为结果（consequence）。埃利斯用这个框架来说明人们有正确的认知，他的情绪和行为就是正常的；如果他的认知是错误的，则他的情绪和行为都可能是错误的。

（2）格拉瑟现实治疗理论：美国心理治疗学家威廉·格拉瑟（William Glasser）的现实治疗理论是建立在控制理论基础上，假设人们可以对他们的生活、行为、感受和思想负责，依赖人的理智和逻辑能力，以问题为中心，以现实合理的途径求得问题的解决。它注意思维和行为，较少直接针对情感和情绪，强调现在和将来，不纠缠于过去，重视"怎么办"，而不是"为什么"。格拉瑟现实治疗理论受到多种心理治疗理论和技术的影响，是具有一定程度整合的治疗模式。此理论的创立缘于格拉瑟认为精神分析不是教人对自己负责，而是固守过去并因过去而总是指责别人。现实治疗理论强调当事人的责任和力量；重视当前的行为，协助当事人拟定明确的行为改变计划并切实执行；以关怀和尊重为基础建立彼此的信任关系；强调当事人自身优点和潜能，帮助他发展成功认同经验。格拉瑟强调了许多学派所忽视的责任问题，对心理治疗做出了宝贵的贡献。他还强调人的力量、价值、潜能，强调人的自主性，主张人们应积极生活、更好的把握自己的人生，使生命更有意义。

（3）贝克的认知疗法理论：美国心理学家贝克通过大量的抑郁症临床案例及深入的研究，在 1976 年出版的《认知治疗和情绪困扰》一书中明确提出了认知治疗的理论观点：心理问题主要是在错误的前提下，对现实误解的结果；这种错误可以从平常的事件中产生，如错误的学习，依据片面的或不正确信息作出错误推论，或者不能适当地区分现实与想象之间的差别等。他还提出，个体的情感和行为在很大程度上是由其自身认识外部世界的方式或方法决定的，即一个人的思想决定了他的内心体验和行为反应。认知治疗的基础理论来自于信息加工的理论模式，认为人们的行为，感情是由对事物的认知所影响和决定的。贝克指出，心理障碍的产生并不是激发事件或有良刺激的直接后果，而是通过了认知加工，在歪曲或错误的思维影响下促成的。他还指出，错误思想常以"自动思维"的形式出现，即这些错误思想常是不知不觉地、习惯地进行，因而不易被认识到，不同的心理障碍有不同内容的认知歪曲。

二、认知理论在临床中的应用举例

认知流派强调认知可以改变人们的观念、行为和情绪。在临床上，认知理论不仅运用于心理障碍的治疗，还被引入于对各科患者的健康教育，便于增加患者对疾病的认识，改变患者对疾病的错误认知，从而改变他们对疾病的诊疗行为，提高患者的依从性。

医护人员在糖尿病健康教育中应用认知理论，结果发现可以提高糖尿病患者的依从性。他们在门诊及病区的走廊以及病房内张贴糖尿病专业知识，包括疾病发生发展的过程和转归，使患者感受一些糖尿病方面的知识；向病人介绍饮食原则和运动疗法，教会病人测定尿糖或正确使用便携式血糖仪，逐步学会胰岛素的注射方法，掌握降血糖药物的注意事项；在医院建立糖尿病基础知识和治疗控制讲座，由糖尿病防治专业医护人员主讲，使病人及其家属认识到糖尿病是终身疾病，治疗需持之以恒；在医院召开公休座谈会，会议主要由糖尿病患者发表自己对糖尿

笔记

病知识的认识，对医生的医嘱执行情况，讨论分析个人行为因素。在会上鼓励治疗效果好的病友介绍自己的经验共同分享并制定奖励措施，唤起糖尿病患者的模仿意识，提高糖尿病患者依从性。实验组的规则用药和健康教育计划执行情况显著高于对照组，说明认知理论对提高糖尿病患者依从性有明显作用。糖尿病患者通过学习，交流心得，模仿榜样，改变了他们对糖尿病的错误看法，从而改变自己的行为，积极配合治疗，提高患者用药的依从性，使血糖控制在正常范围提高生活质量有重要意义。

案例：男，36 岁，汉族，已婚，未育，大学文化程度，工程师、职业经理人，福建人。于 2012 年 5 月 28 日入院。

有糖尿病史 16 年，考虑为“2 型糖尿病”，不规律使用口服降糖药物，2011 年 2 月开始加用基础胰岛素，2011 年 3 月因腹痛、腹泻在当地医院诊断为“酮症酸中毒”，予小剂量胰岛素治疗可缓解。出院后患者治疗不规律，血糖控制差。一年前无明显诱因出现上腹剧痛，为阵发性绞痛，疼痛时需保持身体前屈才稍缓解，伴有恶心、呕吐胆汁样胃内容物。查腹部平片、B 超、CT 均未见异常，胃镜示“反流性食管炎、胃炎”，肠镜未见异常。予注射“地西泮”及“吗啡”后方可缓解。2 月后上诉症状再发，期间曾予止吐、促胃肠动力药物症状不能缓解，后使用“吗啡”才能缓解。后上腹痛、呕吐症状发作愈发频繁，伴多次呕吐，性质基本同前。为求进一步诊治入院。

初步诊断：①糖尿病胃轻瘫；②反流性食管炎；③2 型糖尿病、糖尿病性周围神经病变、糖尿病性肾病；④高血压病（3 级，极高危组）；⑤高脂血症。

该患者对糖尿病的治疗存在错误的认知：糖尿病药物用上了就不能停了，最好尽量迟些开始用药，而且平时不吃药、经常到饭店吃大餐也没有什么不适，做运动太辛苦。

入院后进行健康教育，患者认识到控制饮食、适当运动和规律用药能让糖尿病控制良好，减少糖尿病并发症的出现。患者认知的改变让其治疗依从性提高，出院至今已经半年一直规则治疗。

（关念红）

第四节 人本主义心理学理论

一、主要的理论内容

人本主义心理学（humanistic psychology）是从上世纪四、五十年代到七十年代在美国兴起的一种心理学流派，强调研究人性，如人的成长、潜能与自我实现倾向，人的存在与意义等，人本主义心理学是西方心理学史上一次重大的变革，被认为是心理学的第三势力（third force），其中马斯洛、罗杰斯是主要代表。人本主义心理学在心理咨询与心理治疗，组织管理、教育改革等方面均有重要的贡献。

（一）马斯洛的需要与自我实现理论

马斯洛（Maslow A.）是美国人本主义心理学的主要代表。他早期曾研究行为主义，但随着研究的深入，他认为传统的心理学如精神分析和行为主义，关于人性的看法过于狭窄，两者对正常、健康的人都没有进行充分的研究。弗洛伊德的心理学思想主要来自对精神障碍患者的研究，马斯洛的研究对象主要是有自我实现倾向的人或者自我实现者，如贝多芬、爱因斯坦、林肯等。马斯洛认为人类行为的心理驱力不是性本能，而是人的需要。他把人的需要称为“似本能”（instinctoid），需要有先天的遗传基础，但人的需要的满足与表现要取决于后天的环境，“似本能”不像动物的本能那么强烈，人的“似本能”与理性不存在不可调和的对立。人的需要分为两大类、七个层次，好像一座金字塔，由下而上依次是第一类需要包括生理需要、安全需要、归属与爱的需要和尊重的需要，这些属于匮乏性需要；第二类需要包括认识需要、审美需要、自我实现

笔记

需要，这些属于成长性需要或存在需要。人在满足高一层次的需要之前，至少必须先部分满足低一层次的需要。

匮乏性需要具有似本能的性质，是人的基本生存需要，为人与动物所共有，必须从外界获取，可激发匮乏性动机并推动人的行为，促使人去获取他所缺乏的某种东西，如食物、安全的场所、爱或尊重，一旦得到满足，紧张消除，兴奋降低，便失去动机。马斯洛认为，长期处于基本需要缺失状态中的人会产生心理疾病，而缺失性需要的满足则可以避免疾病。

第二类需要是自我实现等成长性需要，可激发成长性动机，为人类所特有，是一种超越了生存满足之后，发自内心的渴求发展和实现自身潜能的需要。不断趋向统一、整合的过程。自我实现的需要是超越性的，追求真、善自我实现(self actualization)，是一种不断实现潜能、智能和天资，完成天职、命运或禀性，更充分认识、承认人的内在天性，在人的内部、美，将最终导向完美人格的塑造。马斯洛指出，成长性需要得到满足可以促进人的心理健康和个人成长，需要受挫则会导致无意义感和空虚感。否认真理，易患妄想症；没有正义和秩序，人们会感到恐怖和焦虑；缺乏幽默感，人们会变得陈腐、僵化和忧郁。

（二）心理健康与心理治疗观

马斯洛在多年研究与临床实践基础上，提出了与正统心理学家和精神病学家很不相同的疾病观和治疗观。他认为精神疾患可以看作是病人没有能力认识并满足自己的需要，没有能力达到心理健康状态，因此精神疾患是一种匮乏性疾病。他指出，神经症是由于患者得不到安全感所致，在与他人的关系中得不到尊重和承认，没有归属感。假如成熟可以被解释成为充分的人性，那么精神疾病可以解释成人性的退缩。神经症患者从身体上可以说是成熟的，但心理上是迟钝的，思想上是贫乏的。

马斯洛通过对接受过心理治疗的人的调查发现，各种类型的、成功的心理治疗方法都能使患者进一步认识自己，增强、鼓励他们的基本需要，减少和消除他们的病态需要。因此，满足基本需要对成功的治疗或减轻神经症具有首要的作用。马斯洛认为心理治疗要取得成效，必须符合以下条件：①患者基本需要的满足。这是通向自我实现之路的重要一步；②患者自我认识的改善。就是帮助一个人朝向具有更丰满的人性和人格的完善方面发展；③建立良好的社会环境。由于社会的病态造成和加剧了心理疾病患者的病态，因此，改善患者生存的社会条件，建立良好的社会才能促进康复。

（三）罗杰斯的主要理论

1. 人的主观性和人性观　罗杰斯(Carl Rogers)的理论是从心理治疗的实践经验中发展出来的。他创立了"以人为中心的治疗"(person centered psychotherapy)，是人本主义心理治疗流派中最有影响的人。罗杰斯对人的理解持现象学的观点，认为每个人都有自己的主观世界，都存在于以他自己为中心的不断改变的体验世界中。人的主观意识状态或体验被称为现象场、经验域。人所感知觉的世界对个体来说就是"现实"，因此每个人都有对"现实"的独特的、主观的认识。罗杰斯强调人的主观性是在心理咨询与治疗过程中要注意的一个基本特性，来访者作为一个人也有自己的主观的目的和选择，这也是导致"以人为中心"一词出现的原因。

罗杰斯认为，人基本上是诚实的、善良的、可以信赖的。这些特性与生俱来，而某些"恶"的特性则是由于防御的结果而并非出自本性，每个人都可以作出自己的决定，每个人都有着自我实现的倾向。若能有一个适宜的环境，一个人将有能力指导自己，调整自己的行为，控制自己的行动，从而达到良好的主观选择与适应。

2. 自我与自我实现倾向

(1)实现倾向：罗杰斯以人为中心的理论有一个假定，即实现倾向。罗杰斯指出"人类给予人印象最为深刻的事实似乎就是其有方向性的那种倾向性，倾向与朝着完美，朝着实现各种潜能的方向发展"。实现倾向是存在于所有生命身上趋向完善或完美的潜能，具有引导、调整、控

笔记

制自己的能力,并可以作为区分一个有机体是有生命的还是无生命的鉴别标准。心理成长和心理成熟的根源来自个体内部而不是外部力量。并不是只有人才有实现倾向,一些动物甚至于植物也具有先天的实现它们遗传潜能的生长倾向,只要具备某种条件。由于只有人类才具有自我的概念,因此人类才有自我实现的潜能。

(2)自我、自我概念与自我实现:刚出生的婴儿并没有自我的概念,随着与他人、环境的相互作用,开始慢慢地把自己与非自己区分开来。当婴儿的部分经验成为他私有的经验,即在婴儿的知觉域中,那些感觉起来能被自己控制的一部分客体或体验,才被认为是自我的一部分并被结合进自我结构。自我(ego)有两个子系统:自我概念和理想自我。自我概念(self concept)包括个体意识中知觉到的所有关于他的存在和他的经验方面的东西,是一个人对他自己的知觉和认识。自我概念与机体自我(organismic self)不同。机体自我的某些部分可能在个体的意识范围之外,或者根本不为个体所拥有。如心跳是有机体自我的一部分,但除非发生心律不齐,引起注意,否则它可能就不是自我概念的的一部分。理想自我(ideal self)是个体对希望自己是一个什么样的人自我看法。理想自我包括人们渴望拥有的那些品质,它们通常积极的。理想自我与自我概念之间悬殊的差距表明人格的不协调和不健康。心理健康的人知觉他们的自我概念与他们理想的自我之间没有什么差异。

一旦婴儿建立起自我结构的雏形,他们实现自我的倾向就开始发展起来。自我实现是实现倾向的子系统。实现倾向指的是整体的人,包括意识与无意识,生理和认知,而自我实现则是指意识知觉到的自我实现倾向。当有机体和知觉的自我(即自我概念)一致时,这两种实现倾向几乎是相同的;但是当人们的机体经验与和他们的自我概念不一致时,实现倾向与自我实现倾向便有了差异。

(3)有机体的评价过程及其作用:有机体评价过程是指有机体对体验的估量以及这种体验能否满足实现倾向的评价过程。例如,一个婴儿的行为表现出他更喜欢诸如新奇感和安全感等体验,他依靠这些经验来维持其有机体并使之得到发展;他对于诸如疼痛和饥饿的感觉体验,对那些不利于他维持有机体自身及发展的东西,会采取拒绝的态度,这一对自身的体验、经验评估的过程,是在无意识的有机体水平自发进行的,而不是有意识借助于语言符号进行的。当人们长大一些之后,他们的有机体评价过程在帮助他们达到自我成长方面就会变得更为有效了,他们不但能及时地感觉到自己的经验和体验,并能有意识地评价这种经验和体验。但意识层面或者语言符号与有机体的评价过程究竟是如何组织联系起来的现在并不清楚。

(4)价值的条件化(conditions of worth):在婴儿早期发展中有一种对来自他人的积极评价的需要。当其行为得到他人(如父母)的好评时,儿童的积极的评价的需要就得到了某种满足。罗杰斯举过一个例子:一个男孩觉得打他的小弟弟使他感到很快活,但他的父母却对他这样说:"你很坏,这种行为很坏,你这样做一点也不可爱。"这个男孩打小弟弟的行为没有得到积极的评价,却体验到了消极的评价,这样,他可能产生不正确的、歪曲的言语评价,如"我觉得这种行为是不能令人满意的",此时,不正确的评价不是建立在有机体的评价过程之上的,而是建立在他人的评价之上的,这就被称之为价值条件。价值条件化这一现象在自我概念形成中起了很重要的作用,因为这意味着个体存在两种评价过程。第一种是有机体的评价过程,这种过程可以真实地反映实现的倾向。第二种是价值的条件化的过程,这是建立在对他人评价的内化基础之上的,这一过程并不能真实地反映个体的实现倾向,相反却在妨碍着这种倾向。当过多地采取第二种评价过程时,就会产生错误的知觉,并被吸收到自我概念中,从而在自我意识层面歪曲自我的实现倾向。

3. 自我概念与心理失调 罗杰斯不主张使用精神疾病诊断中的术语表示心理失调。他常用"不一致、脆弱、防御或解体"这类术语描述心理失调的现象。罗杰斯认为人是一种处于实现其自我概念过程中的人,心理失调与无效的自我概念密切相关。有效的自我概念允许人们真实地感知其经验或体验,而当经验遭到否认或歪曲时,自我概念与经验或体验就不一致了。罗杰

笔记

斯用潜识或前知觉(pre- perception)这一概念,来解释与实现倾向相联系的自身感觉及本体体验被歪曲的机制。因为,潜识是本体体验与自我概念之间的一个有机体的防御性中介过程,它负责对自我概念构成威胁的那些经验或体验作出反应。心理失调的常见症状焦虑,这种特殊的紧张状态,就是有机体对潜识中自我概念和本体体验之矛盾的一种模糊反应。适应程度低的人,一旦遭遇某种重大的经验不协调的情况,防御过程就可能失灵,这种感觉或体验就可能被意识到,其结果就出现了紊乱的状态,甚至于可能出现精神崩溃的情况。

既然无效的自我概念不能使人正确地感知其经验、体验,就应该尽快地被个体的自我结构调整过来,但事实上无效的自我概念很难被改变。这是因为无效的自我概念中包含有许多价值的条件作用,他们深深地植根于自我概念之中,成为人们接受或拒绝他们经验的标准。最终,人们开始相信别人那些同他们消极的自我概念一致的评价,忽视了他们自己的感觉和内脏知觉,从而逐渐地疏离了他们真正的自我或机体自我。即使个体主观上想努力改变自己,也往往因意识到这样又激发了自我概念与体验的不一致而产生焦虑,从而积重难返形成恶性循环。

4. 罗杰斯的心理治疗观　自我概念与有机体自我的经验的不一致主要源于自我概念受到外部教化因素的影响,个体把他人的价值观内化为自己的价值标准。但以人为中心的治疗相信个体中蕴藏着实现的倾向的强大动力,相信积极的成长力量,相信人有能力调整和控制自己,相信人是能够发现其自我概念中的问题的,他们会评价自我经验对自我实现的作用,不断地使自我概念适应于新的经验,朝着自我实现的方向迈进。基于这种认识,罗杰斯提出了以人为中心的心理治疗。他强调心理治疗者如果能为来访者创造一个真诚一致、无条件积极关注和设身处地的理解的氛围和条件,使来访者能够自由地表达自己、了解自己和自身的体验,来访者的自我成长和实现倾向就会发生,最终产生整体的改变。

二、人本主义理论临床应用举例

马斯洛与罗杰斯殊途同归,从不同的研究方向出发,形成了具有相同内涵的人本理论,从而共同领导了以人的发展为中心的人本主义心理学运动。罗杰斯的理论源于临床实践对指导治疗有重要作用。下面这个例子可以帮助我们理解罗杰斯的自我概念理论和治疗取向。

来访者是一个22岁的女大学生。她诉说了很多困惑和冲突:"我从小就是个听话的女孩,在家里我妈妈管着一切,也许她是怕我受伤害,她总是说做人要聪明、不能干傻事、不能太幼稚,只有学习好才是自己的等等。比方说在班里我主动制止别人说话,她教训我:“你管别人干什么,别人会多讨厌你,只要自己学习好就行了。”这样的事多了,我心里对自己说:“我绝不让人嘲笑我,我决不让人伤害我。我要学习好到别人不能伤害我”。长久以来我有了一种压力,我甚至不知道它是什么,到现在我才意识到我不敢做一个“平凡”的人。妈妈恨“平凡”的人,看不起平凡的人,她崇拜有权力的人,有钱的人。我有各种类似的困扰:我怎样做都没有意义,只有顺从她的意图才是被允许的,我才是一个正常人,否则我会被认为是不可接受的。我的生活只是一个逃避伤害,生活没有质量、没有自己,只有焦虑、害怕,没有爱、没有意义。我为什么要这样?怎样才能把这些怪念头赶跑呢?那样我可就真的像解放了一样。

经过您给我做的几次咨询,我感觉出来了,我原先总觉得没有自己的东西,但现在我体会出来,我内心的东西是对的,我是有“自己”的,每个人都是有“自己”的,只是我的“自己”被妈妈压的一无是处,我的自我不敢承认它,面对它。我希望医生能帮我自己站起来,现在我就像一个稚嫩的小孩,我得把自己长出来啊。"

从这个案例中,我们也许能体会到这个女生的心理困惑。在这个家庭中妈妈有很大的影响

笔记

力，如孩子被要求做人要聪明、不能被嘲笑，只有符合妈妈观点才是正确的，才是一个好孩子。这就是一种价值条件化的教育，只有符合妈妈的观点才是被允许的和正确的。这种影响使她形成了一种歪曲的自我概念，如"我绝不让人嘲笑我，我要学习好到别人不能伤害我"，她有一种压力，不能做平凡的人，那样会被人瞧不起等。这种歪曲的自我概念与她来自生活的、自身的自我经验和体验产生了冲突，于是她产生了很多困惑、焦虑和矛盾。在心理咨询过程中，她越来越体会到"我内心的东西是对的，我是有自己的，每个人都是有自己的"，"只是我的自己被妈妈压的一无是处，我的自我不敢承认它"。于是，她的自我概念发生了变化，她变得能够接受自己，表现出强烈的自我成长的愿望。

（傅文青）

第五节 心理生物学理论

一、主要的理论内容

长期以来，不少生理学家和心理学家利用生物学理论和方法探索心身相互关系的规律和生理机制，逐渐形成了医学心理学的心理生物学方向。心理生物学方向和精神分析学派的心理动力学方向构成了心身医学形成和发展的两个主要方向。心理生物学研究是目前心身相关研究中的最前沿部分，也是今后医学心理学研究的一个重要方向。

尽管在不同时期对心身关系有不同的看法和理论指导，并采用了多种不同研究手段，但心理生物学研究就本质而言都是研究心理行为变量与生物学变量之间的关系的。一方面，可以以心理和行为因素作为自变量，以生理指标为应变量，观察各种不同个性和行为状态下的各种生理变化（如脑电、心电、皮肤电、血液中激素及其代谢物的含量等）；另一方面，也可以以生物干预为自变量（如损毁、电刺激、药物干预等），以心理变量为应变量，研究脑和躯体的生理状况改变所引起的心理行为的改变。

（一）心理生物学研究历史

1. 情绪的丘脑假说 早在20世纪20年代，美国生理学家坎农（Cannon WB，1871—1945）在总结当时生理学实验研究成果的基础上，提出了情绪的丘脑假说。该理论认为，情绪的控制中枢在丘脑，丘脑一方面传送情绪冲动至大脑皮层产生情绪体验，另一方面通过自主神经系统影响外周心血管活动和内脏功能，故长期不良的情绪反应可导致躯体疾病的发生。另外，他还提出了应急反应（emergency reaction）概念和机体内平衡（homeostasis）理论，即当个体处于恐慌、饥饿等紧急状态时会引起肾上腺皮质激素的分泌，同时通过交感-副交感神经的协调调节使机体保持内环境的平衡。同一时期，前苏联著名神经生理学家巴甫洛夫（Pavlov IP，1849—1936）提出了情绪的动力定型和高级神经活动学说，认为高级神经活动控制情绪并调节内脏功能，并进一步推论，高级神经活动的异常可导致内脏功能失调，使机体产生各种各样的疾病。

2. 应激学说 20世纪30年代，加拿大生理学家塞里((Han Selye）提出了著名的应激（stress）适应假说，认为应激是机体对恐惧等各种有害因素进行抵御的一种非特异性反应，表现为一般适应综合征（general adaptation syndrome，GAS）。按照这一假说，个体对外界紧张性刺激首先表现警戒反应；随后是适应或抵抗期，在此阶段，个体将成功地动员有关反应系统，做好应付外界紧张刺激的准备，并使个体内部防御力量与紧张刺激建立新的平衡。如果应激源持续存在或反复出现，则出现衰竭期；在衰竭期，个体的抗衡能力逐渐衰竭，机体出现焦虑、头痛和血压升高等一系列症状，并可导致各种心身疾病的产生。Selye在应激方面的开创性工作对后来医学心理学的发展产生了巨大的影响，直至今日，应激仍是医学心理学的重要研究内容。

笔记

3. 情绪中枢 瑞士生理学家赫斯（Walter Rudolf Hess，1881—1973）利用电刺激或破坏猫和

狗脑的某些特定部位,发现自主功能的中心在延髓、间脑,特别是下丘脑。他发现用微弱的电流刺激猫的下丘脑特定部位可引发出恐惧、发怒等情绪反应和攻击行为。Hess 的研究带动了寻找"情绪中枢"的热潮。已证明下丘脑存在"性中枢"、"摄食中枢"、"饱食中枢"和"兴奋中枢"等等,这些"情绪中枢"的发现为中枢控制情绪的假设提供了丰富的证据,为此,他在 1949 年获得诺贝尔生理或医学奖。

4. 心身相关 美国心理学家沃尔夫(H. G. Wolff)是现代医学心理学中生物学研究方向的代表人物,他在 1943 年出版的《Human Gastric Function》这本书中详细描写了一个叫汤姆的胃瘘患者日常生活中各种精神因素对胃液分泌的影响,阐述了人类心理变量和生物学变量之间的关系,探讨了心理社会因素与生理因素相互作用对人类健康的影响。Wolff 最大的贡献是在研究中对心理变量进行定量化,并客观地测量所观察的生理和病理学变化。他所倡导的一系列研究方法成为医学心理学生物学研究方向的标准模式。后继的许多研究者采用类似的方法对心身疾病的发生、发展、诊断、治疗和康复进行了大量心理生物学研究,并把研究成果用于临床实践。

5. 脑功能定位 很早以前,研究者们就对心理活动的脑定位感兴趣,1861 年法国外科医生、神经病理学家布罗卡(P. P. Broca)发现,病人言语表达障碍与左额叶后部病变有关,提出了"我们用左大脑半球说话",1874 年德国神经医学家韦尼克(C. Wernicke)又描述了一起左颞上回病变引起语言理解困难的病例。这些发现提示心理活动可以像感觉、运动等初级功能一样定位于脑皮层的特定区域。美国神经心理学家斯佩里(R. W. Sperry)对经过割裂脑手术的病人进行了数年精细的实验研究,发现胼胝体切断以后,左、右半球便独立地进行活动,左右脑的功能分立就是通过这些行为实验被证实的。前苏联神经心理学家鲁利亚(1973)建立了他的大脑三个基本功能联合区的学说,把大脑区分为三大块基本功能单元:一个是调节大脑觉醒水平和维持适当紧张度的;一个是接受、加工和分析来自外部和内部环境环境感觉信息的;第三个计划、调节和执行不同复杂活动的,所有的行为都需要这三个基本功能单元的相互作用。根据大脑皮层细胞的结构和功能特点,把大脑皮层分为三级功能区。

(二)现代心理生物学理论发展

随着现代科学技术的发展,特别是医学基础学科如神经解剖、病理、神经生化、内分泌学和免疫学等的发展,人们对脑的结构和功能及人类的心理与行为活动的认识越来越深刻。与其他心理学理论不同,发展迅速的分子生物学和各种成像技术使人们对心理的生物学基础有了更为直观和精细的认识。

1. 遗传学的研究 研究已经表明很多精神疾病属于多基因遗传病,如抑郁症和精神分裂症。如果某种疾病是由于一系列遗传易感基因的累积而发病,那么与患者的血缘关系越近,他带有相同易感基因的概率就越大,发病率也越高。疾病遗传学研究的最终目的是为了对疾病进行预防和治疗。虽然基因治疗在精神疾病中的应用还处于非常初期的探索阶段,但随着科学技术的发展,它有可能成为对付精神疾病的重要手段。

2. 神经内分泌的研究 心理行为与神经内分泌调节之间的关系十分密切,其中由下丘脑、垂体和靶器官构成的几个轴起到了重要的调节作用:下丘脑-垂体-甲状腺(HPT)轴;下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴;下丘脑-垂体-性腺(HPG)轴。

(1)HPT 轴:由下丘脑所释放的激素促甲状腺激素释放激素(TRH)对神经元的兴奋性和神经递质的调节,特别是对黑质-纹状体 DA 系统、中枢隔和海马带胆碱能系统的调节有着直接作用。

(2)HPA 轴:由下丘脑释放的促肾上腺皮质激素释放激素(CRH),垂体释放的促肾上腺皮质激素(ACTH)和外周器官肾上腺皮质释放的皮质醇都与应激调节有关。现代研究已经证明处于紧急状态时血中 ACTH 的升高主要是因为下丘脑的室旁核释放 CRH 所造成。脑对应激的调节主要通过以下两条途径:①兴奋下丘脑-腺垂体-肾上腺皮质轴从而增加糖皮质激素的合成和

笔记

分泌；②激活脑干青斑核交感神经-肾上腺髓质轴而释放儿茶酚胺；同时，脑边缘系统，如海马、内嗅皮质等也参与应激的调节。

(3)HPG 轴：由下丘脑-垂体-性腺轴中释放的性激素在个体出生后与心理和社会因素共同作用于性的发育。雄性功能不足状态会使攻击性和性动力不足，而补充雄性激素则可提高攻击性和性行为。月经前及产后的情感改变可能与雌激素水平的改变有关。此外生理水平的雌激素还具有神经保护作用，它可增强乙酰胆碱神经元对皮层和海马的投射，从而减少由胆碱能神经元损害所伴随的认知障碍。如 Luine 等(2008)20 余年的基础研究发现雌激素对大脑有神经保护作用。Sherwin 等(2008)的观察及实验性研究也提示绝经妇女的雌激素治疗对大脑认知是有益的。

此外生长激素(GH)、催乳素(PRL)、缩胆囊素(CCK)和血管紧张素(VAP)等也具有重要的神经内分泌功能，可影响正常与异常心理的发生发展过程。如 Innar Tõru 等(2010)发现一些人格特质可能影响健康志愿者的由 CCK-4 诱发的恐慌发作的易感性。

3. 中枢神经递质的研究　目前的研究已证明乙酰胆碱(Ach)、去甲肾上腺素(NE)、多巴胺(DA)、5-羟色胺(5-HT)、谷氨酸、γ-氨基丁酸(GABA)等经典的神经递质在正常和异常的心理活动中发挥了作用。中枢 Ach 参与大脑的学习和记忆功能，阿尔茨海默病患者中枢 Ach 神经元发生退行性改变而导致其功能不足。在重性抑郁障碍时可能有中枢 NE 功能不足，特别是双向情感障碍的抑郁状态时 NE 代谢产物 MHPG 的排泄减少。中枢 DA 功能与人类的心理活动关系十分密切，中枢特别是前额叶 DA 功能不足可能与精神分裂症的阴性症状有关，而中脑边缘系统 DA 功能过高则可能与精神分裂症的阳性症状相关。5-HT 的正常功能对维持人类精神活动正常起着重要作用，药理学研究提示重性抑郁障碍、焦虑症、强迫性神经症和惊恐障碍以及进食障碍都与中枢某些通路 5-HT 功能不足有关，而中脑边缘系统和前额叶 5-HT 功能过高则可能与精神分裂症有关。

4. 神经免疫学的研究　目前已经在几乎所有的免疫细胞上发现了神经递质和激素的受体，同样，神经递质和激素的受体也大多数都已在免疫细胞上发现。心理因素和神经-内分泌-免疫系统有很密切的关系。神经内分泌系统对免疫功能起调节作用，尤其是在机体应激过程中：早期关于应激反应的研究已经发现长久的应激可严重影响免疫功能，引起肾上腺增大，并伴随胸腺和淋巴结的退化。应激过程中 HPA 轴通过改变外周糖皮质醇水平，进而改变各种主要免疫细胞的反应性。总之，神经激素和神经调节激素在应激的作用下影响着免疫功能的不同方面。

心理因素对免疫系统的影响很大，如丧失亲人尤其是丧偶这样的负性生活事件能使 NK 细胞和淋巴细胞的活性受到抑制，是使恶性肿瘤发病率升高的部分原因。很多重性精神疾病也常伴有免疫功能的改变，如抑郁障碍、精神分裂症、孤独症等。使用精神药物也可使免疫细胞数量和功能发生改变，很多精神药物对免疫功能都起着不同程度的抑制作用。

5. 脑影像技术　目前用于脑定位、脑功能及脑代谢研究的脑影像技术包括磁共振成像(MRI)、功能磁共振成像(fMRI)、磁共振弥散张量成像(DTI)、正电子发射断层显像(PET)、单光子发射型计算机断层仪(SPECT)等在认知神经科学、临床心理学和临床医学等领域得到了广泛应用。

另外还有心理应激测试术(MST)，即以心理作业(如问题解决、信息处理、心理运动、情感状态、厌恶或痛苦等作业)为应激源，同时配合各种生物参数的记录，主要用于各系统的心理生理研究。

二、心理生物理论临床应用举例

临床应用上与心理生物理论最相关的莫过于心身疾病了。原发性高血压、冠心病、糖尿病、支气管哮喘和消化性溃疡等都是临床常见的心身疾病。

笔记

其中,原发性高血压是最早确认的一种心身疾病,近年来其发病率呈上升趋势。目前普遍认为,心理社会因素与其发生密切相关。患高血压的个体易出现某些心理反应,如在刚诊断为高血压时常紧张焦虑,随后忽视疾病,但当疾病导致机体代偿能力下降而再次产生症状时,则会再度紧张焦虑。而通过对高血压患者、尤其是早期高血压患者进行心理干预,效果较好。

陈某某,男性,31 岁,已婚,个体经营户。因为紧张,坐立不安、担忧、头晕、心悸、胸闷不适、失眠 3 年,血压增高 1 年余,来就医。

患者诉三年前一个深夜,一小偷进入卧室行窃,当时非常紧张,清楚感觉到自己心跳呼吸加快、全身发紧,一番搏斗后小偷逃离,虽财物损失不大,但情绪无法平息。此后,到了晚上就紧张害怕,不敢独自在家,晚上入睡有困难,做噩梦,症状逐渐加重,整日紧张不安、担忧、头晕、心悸、胸闷不适、失眠,经常腹痛腹泻,体重下降,怀疑自己得了重病,曾去医院检查,发现除血压偏高,其他未见异常,医生诊断"焦虑障碍",因担心药物副作用拒绝服用抗焦虑药,又因在家血压正常故未服降血压药。近一年来血压持续偏高,服用降血压药,疗效不好,现在两种降压药联合使用,血压仍有波动。实验室检查未发现引起高血压的原因,诊断为原发性高血压。医生建议他来精神卫生科诊治。

既往体健,无明显躯体疾病和精神疾病史。

小时候父母外出做生意,跟爷爷奶奶生活,上学后主要寄宿在学校,性格易紧张,胆小,做事谨慎,对自己身体比较关注,人际交往能力一般。

家族中无精神病史,父亲有高血压史。

体检:神经系统正常,精神检查,神志清,仪表整洁,接触合作,无幻觉妄想,自知力完整,求医心切。表情紧张,两眉紧锁,主诉多,反复问"我的病有没有关系,会不会好",对药物治疗又很疑虑,怕药物依赖和损害记忆。

诊断:高血压病(原发性高血压),焦虑障碍。

治疗:认知行为治疗和药物治疗,两周后症状明显改善,尤其是紧张情绪,对治疗有信心,不再那么担心药物副作用,血压开始平稳。一个月后,症状继续好转,降血压药改为一种。三个月后症状全部消失,降血压药改为隔日服用,血压保持在正常范围。

分析:原发性高血压是一种心身疾病,其病因是遗传与环境等多个因素交互作用的结果。该患者童年期的应激-与父母分离,可导致其性格有焦虑、不安全倾向,面对应急事件时(半夜小偷进入房间)更易处于焦虑状态,加上患者的焦虑性格担心药物副作用不敢服药,焦虑症状一直无法缓解。长期的焦虑紧张情绪导致视丘下部和垂体-交感神经-肾上腺髓质轴被激活(HPA 轴),儿茶酚胺分泌增加,引起交感神经功能亢进,导致心率加快和血压增高等变化,由于患者有高血压家族史(父亲有高血压),具有高血压易感素质,遗传素质、焦虑性人格和生活事件最终导致了高血压病。通过认知行为治疗和药物治疗,阻断了焦虑紧张情绪,HPA 轴张力降低,达到降低血压的目的。

(何金彩　谢　莹)

笔记

第五章　心理评估

心理评估的目的是对心理现象进行定性和定量的客观描述，是医学心理学研究与临床实践的重要方法之一，医科生有必要了解心理评估的基本理论和基本方法。

第一节　心理评估概述

一、心理评估的概念及作用

（一）心理评估的概念

心理评估(psychological assessment)是依据心理学的理论和方法对人的心理品质及水平所作出的鉴定。所谓心理品质包括心理过程和人格特征等内容，如情绪状态、记忆、智力、性格等。

在医学心理学中有时用"心理诊断"(psychological diagnosis)的概念。"诊断"一词是医学常用的一个术语，目的是要对病人的病情作出性质和程度的判定。心理诊断则是要对有心理问题或心理障碍的人作出心理方面的判断和鉴别。显然，心理评估与心理诊断的概念在某些方面是一致的，不过心理评估的范畴比心理诊断更广泛。

（二）心理评估的作用

心理评估在医学心理学中的作用是非常重要的，医学心理学的一个大的领域是临床心理学，而临床心理学的两个基本任务：一是临床心理评估，另一个是心理干预（如心理治疗或心理咨询等）。显然心理评估是心理干预的重要前提和依据，同时心理评估还可对心理干预的效果作出判定。

在医学心理学的其他领域如护理心理学、心身疾病的研究、健康心理学等方面，心理评估的作用也是很大的。无论是心身疾病还是由理化和生物学因素引起的躯体疾病，病人在患病前及发病过程中都会存在不同程度的心理问题或心理障碍，对这些问题的把握及了解对于作好心理护理工作是至关重要的，也是预防和治疗心身疾病的一个重要方面。对于维护和促进正常人群的心理健康来说也需要心理评估的帮助。首先，了解不同个体的心理特征可借助于心理评估的方法，这样才能有的放矢地对不同人群进行心理卫生方面的指导；其次，对于一些不健康行为的研究和评估以及对个体心理方面的影响也需借助心理评估的方法，这对于改变一些人的不良健康行为、促进他们保持自身的心理健康有很大作用。

二、心理评估的方法

（一）观察法

观察法(observation method)是通过对被评估者的行为表现直接或间接（通过摄录像设备等）的观察或观测而进行心理评估的一种方法。观察法的依据之一是人的行为是由其基本心理特征所决定的，因此是稳定的，在不同的情况下也会有大致相同的反应。在观察下得到的行为表现和印象可以推测被观察者的人格特征及存在问题。但也有人认为，观察时的情境十分重要，实际上人的行为反应离不开对情境的确认和调试，即有什么样的情景就会有相对应的反应。这两种看法都支持需要在情境中观察和了解人的行为反应及表现。

笔记

观察法可分为自然情境中的观察和特定情境下的观察两类。自然情境指的是被观察者生活、学习、或工作未被干扰下的原本状态。在自然情境下对被评估者进行观察有时是十分必要

的，因为当事人或其周围的人所提供的情况很可能与实际情况不一致，而需要评估者在实际情境中进行观察，加以判断。例如，一个学生被认为上课不守纪律、不注意听讲。但在课堂的实际观察中却发现，有些老师的课讲的实在是糟糕，许多学生都不爱听、在下面玩闹，这个学生也经常被他周围的人干扰，不得不卷入其中。自然观察虽然有效，但也面临着一些困境。一是评估者到被评估人的自然生活情境中去观察实际上有许多困难和麻烦，同时也在干扰及影响被观察者的反应，失去了一定的自然真实性。如果偷偷地观察，不让其发现，又面临着道德和法规的约束，有时是不被允许的。目前，在一些场所如教室、车间及一些公共场所加装监控录像设备似乎是一个比较可行的方式，但也需谨慎从事。观察的另一种方法是特定情境下的观察。

特定情境的含义有两个方面，一是平时很少遇到的、比较特殊的情境，如遇到大的灾难、身处战场、面临重大的考试或比赛等，在这样的情境下，一个人面临重大的考验，往往会表现出比较典型的、特殊的行为反应，对考察一个人的心理品质十分有意义。但这样的情境比较难遇，也较难控制。另一个含义是心理评估者人为设置的、可以控制的情境，在这样的情境下观察并记录被观察者的反应。此种方法用的较多，如对儿童行为的观察，以及对一些特定人群的行为观察，如入院的精神障碍者、需要司法鉴定的犯罪嫌疑人等。观察的方式可采用比较传统的“单向玻璃室”，即被观察者在一间房间活动，观察者在另一间房间可以通过一个单向的玻璃窗看到他们的活动，而被观察者却看不到观察者。目前，摄录像技术（监视器）在此种方法中的应用也较为普遍，对被观察者的行为可以进行重演、分析和研究。但必须要注意到，除了一些特殊的情况，如被观察者有犯罪的嫌疑、或其不具备自知能力，一般被观察者需要被告知他（她）正在被观察。对那些不具备自知能力的被观察者也需要告知其监护人或家属。这是心理学的伦理道德规则所规定的。

（二）会谈法

会谈法（interview method）也有称作“交谈法”、“晤谈法”等。其基本形式是主试者与被评估者面对面的语言交流，也是心理评估中最常用的一种基本方法。会谈的形式包括自由式会谈和结构式会谈两种。前者的谈话是开放式的，气氛比较轻松，被评估者较少受到约束，使他们有更多的机会表述自己的想法。所不足的是用时相对较多，有时会谈内容可能较松散，影响评估的效率。在会谈中主试者的主观印象甚至偏见有时也是不可避免的。这些主观印象及偏见有时也会影响到会谈的结果评价，需要加以注意。结构式会谈是根据评估目的预先设计一定的结构和程序，谈话内容有所限定，效率相对较高。一般可编制一个评估大纲或评估表，在会谈时逐项提问，再根据受试者的回答进行评定。在应用结构式会谈法时检查者既可以根据自己的经验对受试者的反应作出评定，也可以简单地依据一份详细的评估记录单记分。结构式会谈的最大优点是节省时间、效率高，但有时也会使被评估者感到拘谨，有例行公事的感觉。

会谈是一种互动的过程。在会谈中评估者起着主导和决定的作用。因此，评估者掌握和正确使用会谈技术是十分重要的。会谈技术包括言语沟通和非言语沟通（如表情、姿态等）两个方面。言语沟通中，包含了听与说，听有时比说更重要。评估者要耐心地倾听被评估者的表述，抓住问题的每个细节，还要注意搜集被评估者的情绪状态、行为举止、思维表达、逻辑性等方面的情况，综合地分析和判断，为评估提供依据。听的过程同时也是观察的过程。说也有许多技巧，如重述（verbatim play-back）、释义（paraphrase）、澄清（clarify）、概括（summarization）、通情（empathy）等。在非言语沟通中，可以通过微笑、点头、注视、身体前倾等表情和姿势表达对被评估者的接受、肯定、关注、鼓励等思想感情，促进被评估者的合作，对被评估者进行启发和引导，将问题引向深入。

（三）调查法

调查的含义是当有些资料不可能从当事人那里获得时，就要从相关的人或材料那里得到。因此，调查是一种间接的、迂回的方式。当然，有些资料即便可以从当事人那里获得，但可信度

笔记

不够时，也需要再进行调查以便印证资料的可信程度。根据调查的取向可分为历史调查和现状调查两类。历史调查主要是了解被评估者过去的一些情况，如各种经历、表现、所获得的成绩或惩处、以往的个性、人际关系等。调查的方式一般侧重于档案、书信、日记、各种证书、履历表、以及与当事人有关的人和事等。现状调查主要围绕与当前问题有关的内容进行，如在现实生活中的表现如何，适应能力的水平等，以与当事人关系密切的人（如同学、同事、父母、亲友、老师、领导、兄弟姐妹等）为调查重点。尽管从周围的人那里获得信息是十分必要的，但有时忽视了信息提供者与被评估人之间的关系也会使调查的结果有很大偏差，影响最后的结论。如信息提供者与被评估人之间的个人感情很好，或者有个人利益的关系，他就会倾向于提供对被评估人有利的资料；相反的话，他也会提供不利的资料。因此，在向周围人进行调查时特别要注意这一点，间接的旁证也并不总是客观的。调查方式除一般询问外，还可采用调查表（问卷）的形式进行。调查法的优点是可以结合纵向与横向两方面的内容，广泛而全面。不足之处是调查常常是间接性的评估，材料的真实性容易受被调查者主观因素的影响。

（四）心理测验法及临床评定量表

我们去医院看病，常要对一些生理指标（如血压、血细胞数、尿蛋白含量等）进行测量，以判定是否健康。人的心理现象也可以通过测量而进行鉴别。所谓心理测量就是依据一定法则，用数量化手段对心理现象或行为加以确定和测定。从语义上讲，测验（test）是名词，而测量（measure）是动词。心理测验是一种心理测量的工具。人们往往将这两个概念混用，但这并不影响对测验实质的理解。为了使测量结果便于比较和数量化分析，心理测量主要采用量表的形式进行。量表是由一些经过精心选择的，一般能较正确而可靠地反映人的某些心理特点的问题或操作任务所组成。测量时让受试者对测量内容做出回答或反应，然后根据一定标准计算得分，从而得出结论。

在心理评估中，心理测验（psychological test）占有十分重要的地位。尽管前述的一些基本方法（会谈法、调查法、观察法）应用普遍，但是这些都无法取代心理测验的作用。因为测验可对心理现象的某些特定方面进行系统评定，并且测验一般采用标准化、数量化的原则，所得到的结果可以参照常模进行比较，避免了一些主观因素的影响，使结果更为客观。心理测验的应用范围很广，种类也十分繁多。在医学领域内所涉及的心理测验内容主要包括器质和功能性疾病的诊断中与心理学有关的各方面问题，如智力、人格、特殊能力、症状评定等。目前，人们对心理测验的应用与解释尚有许多不同意见，对此我们应有辩证的认识，不可夸大测验的作用，也不可滥用测验，而应在一定范围内结合其他资料正确发挥测验适当而有效的作用。关于心理测验的内容将在后面详细介绍。

目前在临床和心理卫生工作中还应用许多精神症状及其他方面的评定量表。评定量表与心理测验有许多相似之处，如大多采用问卷的形式测评，多以分数作为结果的评估，以标准化的原则为指导等。但评定量表与心理测验的显著不同在于评定量表强调简单明了、操作方便，因此其在编制的标准化程度并不那么严格，大多数测验的材料也无须严格保密，允许出版发行。自评量表使用者无须经过特殊培训就可以使用量表，评定量表的应用也比较广泛。

三、心理评估的一般过程

心理评估的目的不同，其一般程序也有所区别。但无非是根据评估的目的收集资料、对资料和信息进行加工处理，最后做出判断这样一个过程。以临床心理评估为例，它与医学诊断的过程十分相似，包括：

1. 确定评估目的 首先要确定来访者或提出评估要求的人首要的问题是什么，进而确定评估目的。如要了解学习困难的原因就需要鉴别学生的智力水平或人格特征；在临床进行心理咨询时首先也要对来访者做出有无心理障碍的判定。

笔记

2. 明确评估问题与方法　详细了解被评估者的当前心理问题；问题的起因及发展；可能的影响因素；被评估者早年的生活经历、家庭背景、以及当前的适应、人际关系等。这与医学病历的书写包括主诉、现病史、既往史、家族史等内容很相似。当然关注的中心是心理问题，所涉及的内容也更广泛。在这一过程中，主要应用心理评估的调查法、观察法和会谈法。

3. 了解特殊问题　对一些特殊问题、重点问题的深入了解和评估　这类似于医学诊断过程中的生理生化检查。除进一步应用上述方法外，还主要借助于心理测验的方法，有时还用"作品"分析法。

4. 结果描述与报告　将前面所收集资料进行分析、处理。要写出评估报告、作出结论，并对当事人及有关人员进行解释，以确定下一步对问题处理的目标。

四、心理测验发展

关于心理测验的思想，应追溯到对人的个别差异的研究。我国古代史书上很早就有许多关于评定人的个性、才能等心理品质的详细记载。《孟子》一书中写道："权然后知轻重，度然后知长短。物皆然，心为甚"。指出了人的心理特征的可知性。我国民间的习俗"周岁试儿"（又称"抓周"），将一些常用的物品如纸笔刀钱或针线剪尺之类摆放在刚满周岁的儿童面前，观察儿童的兴趣所在。借以推断孩子的智愚、职业选择乃至贪廉等心理品质。这些也具有一些"心理测验"的味道。但是，严格意义上的心理测验是伴随着科学心理学的诞生，特别是借鉴了实验心理学的方法和手段才出现的。1879 年心理学奠基人冯特（Wundt）在德国莱比锡建立了第一个心理学实验室，从事人的感知觉和反应时的研究。他的学生卡特尔（Cattell）发现不同人的反应时间具有特征性差异，这启发他开始从事对人的个别差异的研究。英国心理学家高尔顿（Galton）对推动测验运动起了重要作用。1884 年他在英国国际博览会上建立了一个人类学测量实验室，测量了近一万人的各种生理、心理特质，为人的个别差异研究积累了大量资料。高尔顿的另一个贡献是将统计学方法用于心理测量。他的工作对卡特尔具有很大启示和影响。1890 年卡特尔发表了"心理测验程序"一文，首先使用了"心理测验"这个概念，并指出心理测验应当建立在统计学与实验室的基础上。

与此同时，由于社会需要的推动，使心理测验向着实用与普及的方向发展。1905 年，法国心理学家比奈（Binet）和助手西蒙（Simon）受教育当局委托，为甄别入学儿童的智力，编制了一个包括 30 个项目的智力测验，即著名的比奈-西蒙量表"Binet-Simon scale"。这一量表的出现标志着人们对智力的鉴别进入了数量化阶段。比奈-西蒙量表引起了全世界的注意，很快被转译成多种文字出版。美国斯坦福大学 Terman 在其修订本中提出了智商的概念，使不同年龄的受试者智力衡量有了统一的尺度。

比奈-西蒙量表是一种个别的心理测验。第一次世界大战期间，为了筛选大批入伍的应征者，出现了可对许多人同时测量的"团体测验"。到了第二次世界大战时，美国心理学家韦克斯勒（Wechsler）进一步提出了离差智商的概念。离差智商不是以一个人的年龄为标准，而是以其所在团体平均水平为标准来衡量他的智商高低。后来许多心理测验的评分方法都是根据这一原理设计的。韦克斯勒还编制了适用于不同年龄阶段使用的一系列成套智力测验、记忆测验，在国际上广泛使用。

除了智力测验以外，在测量心理的其他方面如记忆、注意、思维以及人格等方面，近半个世纪以来也有很大发展。如二十年代出现了墨迹测验，三十年代后出现了主题统觉测验等。此外，临床中还出现了许多评定量表等。到目前为止，国际上大约有上千种心理测验在应用。

五、标准化心理测验的基本条件

笔记

我们强调心理测验的标准化是因为在测验中由于测量误差的影响会极大地干扰着测量结

果的正确性和可靠性。所谓测量误差(error)是指与测验目的无关的因素所引起的测验结果不稳定或不准确的效应。由于心理测验所要测量的是人的复杂的心理现象,因此能够带来测量误差的因素较物理、化学测量和生理学测量更多、更复杂,应该引起我们的注意。心理测验的误差来源主要有三个方面。

(一)施测条件

测量环境的好坏及各种条件是否一致会给测量结果带来很大影响,显然,在一个嘈杂、有许多意外干扰,过冷(或过热)的环境中测量,会使受试者的注意力不能集中,感到不适和厌烦。如果测量的标准不一致,有时限制时间有时又不限制时间,或者随意调换测验程序等都会使结果出现较大偏差。

(二)主试者因素

主试者是测验的主持人,前面提到的施测条件和方法都要靠主试者来掌握。因此测量的准确与否与主试者有很大关系。主试者的主观因素也会影响到测验误差。如主试者对受试者的偏好态度、对结果的预期等,都会影响到受试者的反应;主试者情绪的好坏、疲劳与否以及前后对比效应等也会影响到对评分标准的掌握。因此主试者需要经过标准化的训练以避免这些干扰因素。

(三)受试者因素

1. 应试动机 受试者应试动机的强弱会直接影响测验成绩。如果一个受试者对测验毫无兴趣,只是被动作出反应,甚至消极对抗,其结果如何是可想而知的。所以一般在做心理测验之前,要使受试者明确测验的意义,充分发动其应试动机,以保证测验顺利完成并得到真实结果。

2. 测验焦虑 测验焦虑是受试者在测验前或测验中的一种紧张体验。这种紧张体验在一定强度下有助于测验成绩的提高,但过分强烈则使注意力不能集中而影响测验结果。

3. 生理状态 受试者在施测过程中的机体状况,如疲劳与否,有无其他不适等也会影响测验成绩,带来误差。所以测量应选在受试者身体健康、体力充沛时进行,每次测量时间也不应过长。

(四)信度、效度及常模

心理测验的标准化目标是减少测量误差,使测量结果可靠和有效。测验的标准化涉及到几个方面:一是在测验的编制过程中需要按照一套标准的程序建立测验内容、制定评分标准、固定实施方法;二是所编制的测验需要具备心理测量学的技术指标,并且达到一定标准;三是在测验实施过程中施测人员要严格按照测验的操作规程执行。标准化心理测验的技术指标主要有信度、效度及常模等。

1. 信度 信度(reliability)是指一个测验工具在对同一对象的几次测量中所得结果的一致程度。它反映工具的可靠性和稳定性。在相同情况下,同一受试者在几次测量中所得结果变化不大,便说明该测量工具性能稳定,信度高。就像我们测量一个物体的长短,如果用钢尺量,则几次量的结果都会是一样的;但如果用松紧带来量,则可能有时量长,有时量短。松紧带作为量具不可靠。

2. 效度 效度(validity)指一个测量工具能够测量出其所要测东西的真实程度。它反映工具的有效性、正确性。如测量一个人的智力,如果选用的工具不是一种公认的智力测验量表,而是某门功课的考题,这样几次测量,虽然得分可能一致(信度高),但得到的却是一个人掌握某门功课的知识而不是智力(尽管二者有些关系)。所以我们要对一个人的心理品质进行测量,首先要选用效度高的工具。

信度和效度是一个测量工具好差的两项最基本指标。信度、效度很低或只有高信度而无效度的测验都会使测量结果严重失真,不能反映所测内容的本来特点。因此,每个心理测验工具编制出来后都要进行信度和效度检验(一般以相关系数来衡量),只有这两项指标都达到一定标

笔记

准后才能使用。

3. 常模　常模(norm)是指某种测验在某种人群中测查结果的标准量数,即可比较的标准,目前大多数标准化测验采用的标准分常模。有了常模,一个人的测验成绩才能通过比较而得出是优是劣,是正常还是异常。如正常人的体温一般不超过37℃,血压范围在120/80mmHg左右,这些参数可以称作生理常模。

由于人的心理现象较生理活动更为复杂,所受影响因素更多,所以每一种心理测验工具都要建立自己的常模,甚至同一量表在不同国家、地区应用或随着时代的变迁,都要重新修订,建立新的常模。

建立心理测验的常模是一个繁琐而复杂的过程。首先是选择有代表性的样本,也称为标准化样本,它是建立常模的依据。取样原则一般是依据测验对象按人口实际分布情况分层取样,并且要有相当数量。标准化样本的来源应该和测验的使用范围相一致。如果样本选得不合适,必然会影响常模的参考价值,最后导致测量失真。第二步是对标准化样本采用心理测验工具进行测量。所使用的工具也应和最后实际应用的工具相一致。测量得出的结果还要进行统计处理。应该注意的是不同测验的常模具有不同涵义和不同形式。平均值是最简单的常模形式,而大多数标准化测验采用标准分(standard score)形式。如智力测验的常模常采用正常人群正确得分的均数和标准差,对个人的智力进行评估时再转换成智商(一种标准分形式)的形式;而人格测验的常模通常不是所期望的或正确的成绩,它无所谓正确和错误,只是“典型的”或多数人的答案。采用较多的评估形式是T分数(也是一种标准分形式)。此外常模的形式还有 Z 分数、百分位、标准九分、划界分等。关于这些分数的相互关系如图5-1所示。具体应用时要根据实际情况而定。

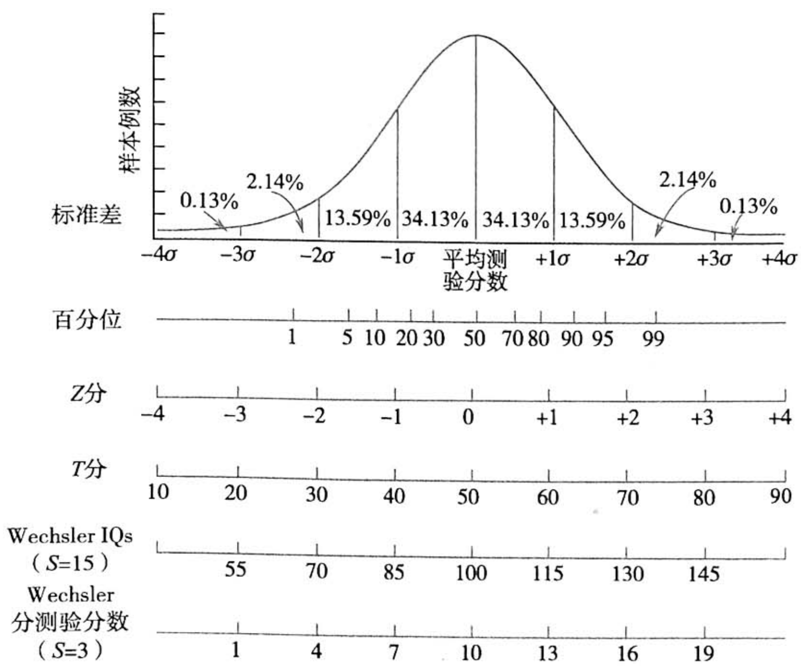


图5-1　正态分布与标准化的关系

六、应用心理测验的基本原则

尽管心理测验有用且有效,但在实践过程中却不能滥用。因为心理测验是一种比较严谨的技术手段,它从理论的提出、工具的制定,都要经过大量反复的论证和修订,到最后实际应用时,也要不断修订常模和验证效度。有权使用心理测验的人,应具有一定的心理学知识,并经过专项测验工具的使用培训。心理测验不是娱乐的游戏手段,也不同于一般的生理学的测量方法,

笔记

因为它涉及人的更高级的心理功能，使用时稍有不慎，都会产生不良后果。因此在应用心理测验时，应坚持下述原则：

1. 标准化原则 因为心理测验是一种数量化手段，因此标准化原则必须坚持。测量应采用公认的标准化的工具，施测方法要严格根据测验指导手册的规定执行，这是提高测验结果的信度和效度的可靠保证。

2. 保密原则 这也是心理测验的一条伦理道德标准。关于测验的内容、答案及记分方法只有作此项工作的有关人员才能掌握，不允许随意扩散，更不允许在出版物上公开发表，否则必然会影响测验结果的真实性。保密原则的另一个方面是对受试者测验结果的保护，这涉及到个人的隐私权。有关工作人员应尊重受试者的利益。

3. 客观性原则 心理测验的结果只是测出来的东西，所以对结果作出评价时要遵循客观性原则，也就是对结果的解释要符合受试者的实际情况。如两个被试智力测验的结果，智商都是85，一个受试者是山区农民，结合他所受教育程度和生活环境等条件，可考虑他的智力水平基本上是正常的；而另一个是某大学教授，测量时严格遵守了测验的要求，结合其他的表现则考虑到该人的大脑有退行性改变的可能。此外，还要注意不要以一两次心理测验的结果来下结论，尤其是对于年龄小的儿童作智能发育障碍的诊断时更要注意。总之，在下结论时不要草率从事，在做结果评价时应结合受试者的生活经历、家庭、社会环境以及通过会谈、观察法所获得的各种资料全面考虑。

七、心理测验的类型及应用

心理测验根据其功能、测量方法，以及测验材料的性质等可以有不同的分类。

（一）根据测验功能分类

1. 智力测验 临床上智力测验主要应用于儿童智力发育的鉴定以及作为脑器质性损害及退行性病变的参考指标，此外也可作为特殊教育或职业选择时的咨询参考。常用的工具有比奈-西蒙智力量表、韦克斯勒成人和儿童智力量表、丹佛发育筛选测验（DDST）等。

2. 人格测验 常用的量表有明尼苏达多人格调查表（MMPI）、洛夏墨迹测验、主题统觉测验（TAT）以及艾森克人格问卷（EPQ）等。这些测验目前在临床上多用于某些心理障碍病人的诊断和病情预后的参考，也可用于科研或心理咨询时对人格的评价等。

3. 神经心理学测验 主要包括一些个别能力测验，如感知运动测验、记忆测验、联想思维测验等，还有一些成套测验，主要以H-R神经心理学测验为代表。这些测验可用于脑器质性损害的辅助诊断和脑与行为关系的研究。

4. 评定量表 目前在临床和心理卫生工作中，还应用一些评价精神症状及其他方面的评定量表，如抑郁量表、焦虑量表、生活事件量表、认知功能量表、生活质量综合评定量表、心身健康调查表等，这些量表对临床工作以及科研等具有特殊的意义和应用价值。

（二）根据测验方法分类

1. 问卷法 测验多采用结构式问题的方式，让被试者以“是”或“否”或在有限的几种选择上作出回答。这种方法的结果评分容易，易于统一处理。一些人格测验如MMPI、EPQ及评定量表等都是采用问卷法的形式。

2. 作业法 测验形式是非文字的，让受试者进行实际操作。多用于测量感知和运动等操作能力。对于婴幼儿及受文化教育因素限制的受试者（如文盲、语言不通的人或有语言残障的人等），心理测验中也主要采用这种形式。

3. 投射法 测验材料无严谨的结构，如一些意义不明的图像、一片模糊的墨迹或一句不完整的句子。要求受试者根据自己的理解随意作出回答，借以诱导出受试者的经验、情绪或内心冲突。投射法多用于测量人格，如洛夏测验、TAT等，也有用于异常思维的检测，如自由联想测

笔记

验、填词测验等。

（三）其他分类

根据一次测验的人数，可分为个别测验和团体测验。根据沟通方式，可以分为言语测验和非言语（或称操作）测验等，这里就不一一介绍。

（洪　炜）

第二节　智 力 测 验

智力测验（intelligence test）是评估个人一般能力的方法，它是根据有关智力的理论或智力概念经标准化过程编制而成。智力测验用途广泛，在教育、临床医学、司法鉴定、人事管理等诸多领域中，往往需要对智力进行评估。在教育中人们需要判断儿童的智力水平，进而对智力落后儿童采取特殊教育和训练；在职业培训的人事管理中，应了解被试的智力结构特点，扬长避短，人尽其才；在司法鉴定工作中，要根据被试的智力水平来判断被试的责任能力。

一、智力、智商和智力水平的分级

1. 智力　介绍智力测验必定要涉及智力的定义，有关智力的定义很多，目前尚无一个被所有心理学家所全部接受的定义。就智力的功能来说，只有通过智力活动，才能使人们达到积极的创造性的环境适应，包括自然环境和社会环境的适应。人们在适应环境时需要学习知识和掌握技能，需要运用所学的知识和技能来解决所面临的实际问题。因而就功能而言，智力是人们在获得知识和掌握技能（学习），以及运用知识和技能来解决实际问题时所必备的心理条件或特征。

智力活动就其机制来说是神经系统、特别是大脑的高级神经活动的某种特性，其活动过程包括了全部认知过程，是一种最复杂、综合的认知过程。智力活动就其结构来说包括了多种因素（心理特征），人们在通俗用语中常用聪明（耳聪目明，即感觉敏锐）、过目不忘（记忆力）、举一反三（逻辑推理）、别出心裁（创造力）等来描述智力。心理学家们提出了智力结构的多因素学说，用于指导智力测验的编制，这些理论详见见本书第二章。

由于目前尚无统一的智力定义，作者往往根据自己对智力定义的理解来编制智力测验。因此，在使用某一智力测验时必须熟悉编制者所采用的智力定义。本节重点介绍的韦氏智力量表的作者 Wechsler 的智力定义是："智力是个人行动有目的，思维合理，应付环境有效的聚集的或全面的才能"。第一个正式智力测验比奈量表的编制者 A. Binet 和 Simon 对智力的定义描述是"在我们看来，在智力中存在某种基本才能，它的改变或欠缺，对于实际生活至关重要。这种才能包括判断力、辨别力、主动性和适应能力。善于判断、善于理解、善于推理，这些都是智力的基本活动"。

2. 智商　智商（intelligence quotient，IQ）是智力的量化单位，即通过智力测验将智力水平数量化，用数字的形式表达出来，以便于人们的理解与比较。计算智商的公式有比率智商和离差智商二种。比率智商由 Terman 提出，其公式如下：

$$IQ = (MA/CA) \times 100 \qquad \text{（公式 5-1）}$$

公式中，MA（mental age）为心理年龄（又称智力年龄），是某一儿童在智力测验的成绩所达到的水平，MA 是以一群同龄儿童（称样本）在该测验的平均成绩为标准而得到的。CA（chorological age）为实际年龄，即该儿童在测验时的实际岁数。例如，某儿童智力测验时的 CA 为 10 岁，他的智力测验成绩达到了 12 岁儿童的平均水平（MA 为 12），由比率智商公式计算出该儿童的 IQ 为 120。另一 10 岁儿童在智力测验的成绩为 8 岁儿童的平均水平（MA 为 8），则 IQ 为 80。

比率智商公式是建立在儿童的智力水平随着年龄增长而增长的线性关系的基础上。但实

笔记

际上智力发展到一定年龄便停止发展，呈平台状态，老年人的智力水平有所下降。因此，Wechsler 提出了离差智商公式，Wechsler 认为人类智商在任何年龄均呈常态分布，可以用标准分的方法计算智商，其公式为：

$$IQ = 100 + 15(x - m)/s \quad \text{（公式 5-2）}$$

公式中，m 为该年龄阶段样本在智力测验的平均成绩，x 为某受试者在智力测验的成绩，s 为样本成绩的标准差。在该公式中 $x - m/s$ 是标准分(z)公式，如果 $x - m = 0$，为了不使 IQ 为 0，故升值为 100；同时使每个 z 分都升值 15 倍。离差智商计算方法克服了比率智商计算方法受年龄限制的缺点，成为目前通用的 IQ 计算方法。

3. 智力水平的分级 智力量表编制后，经过科学的采样（样本必须代表性好，其测验成绩呈正态分布），可以将智力水平根据 IQ 值进行分级，通常是将智商平均值(100)和其上、下一个标准差(15)的范围定位为“平常智力”，其余依据高于或低于平常智力水平依次分级，其分级方法如下：

以上介绍的是国际常用的分级方法，有的智力量表编制者使用自己的分级方法，应用时要仔细阅读该智力量表的使用手册。例如，有智力量表将标准差定为 16，这时平常智商为 84 ~ 116，其他级别以此类推。

智力水平的分级

智力水平	IQ 值	标准差范围
天才	145 ~ 160	+3 ~ 4s
极超常	130 ~ 145	+2 ~ 3s
超常	115 ~ 130	+1 ~ 2s
平常	85 ~ 115	±1s
边界	70 ~ 85	−1 ~ 2s
轻度智力低下	55 ~ 70	−2 ~ 3s
中度智力低下	40 ~ 55	−3 ~ 4s
重度智力低下	25 ~ 40	−4 ~ 5s
极重度智力低下	<25	−5D 以下

二、常用智力测验和发展量表

评估智力水平多采用智力测验和发展量表（developmental scale），主要原因是 4 岁以前婴幼儿的智力和生理功能的发展和分化不完全，测验方法难以清晰地划分，因此，0 ~ 3 岁采用发展量表来评估智力水平。4 岁以后采用智力测验和适应量表（adaptive behavior scale）来测查智力水平。

（一）智力测验

国际上通用的智力测验有比奈量表（Binet Scale，B-S）、韦氏量表（Wechsler Scale，W-S）和考夫曼儿童能力成套测验（Kaufman Assessment Battery for Children，K-ABC）等，在临床医学中用的最多的是韦氏量表。因此，重点介绍韦氏量表，对 B-S 和 K-ABC 只作简单介绍。

韦氏量表包括成人（16 岁以上）、儿童（6 ~ 16 岁）和学龄前期（4 ~ 6 岁）三个年龄版本。最早是 Wechsler 在 1939 年出版的 W-B，先后几次发展和修订，现在成为“韦氏成人智力量表”（Wechsler Adult Intellingence Scale，WAIS），其修订本为 WAIS-R）、“韦氏儿童智力量表”（WISC，修订本为 WISC-R）和“韦氏学前和初级小学儿童量表”（WPPSI）。这三套量表现在又都作了修订，韦氏另有一套记忆量表（WMS）未包括在韦氏量表之内。我国已有 WAIS、WISC 和 WPPSI 的

笔记

修订本，而且其中的 WISC 和 WPPSI 还有多种修订本。在此只以 WAIS 为例作介绍。

1. 韦氏成人智力量表　中国修订本称"中国修订韦氏成人智力量表(WAIS-RC)"，全量表(Full scale，FS)共含 11 个分测验，其中 6 个分测验组成言语量表(Verbal scale，VS)，5 个分测验组成操作量表(Performance scale，PS)。根据测验结果，按常模换算出三个智商，即全量表智商(FIQ)、言语智商(VIQ)和操作智商(PIQ)。WISC 及 WPPSI 的结构除分量表所包括的分测验有数目不同外，其余均相同。

言语量表的分测验及其主要功能：

(1)知识(I)：由一些常识所组成，测量知识及兴趣范围和长时记忆。

(2)领悟(C)：由一些社会价值、社会习俗和法规理由的问题所组成，测量社会适应和道德判断能力。

(3)算术(A)：心算。测量数的概念，数的操作能力，注意集中能力，以及解决问题的能力。

(4)相似性(S)：找出两物(名词)的共同性。测量抽象和概括能力。

(5)背数(D)：分顺背和倒背两式。即听到一读数后立即照样背出来(顺背)和听到读数后，按原来数字顺序的相反顺序背出来(倒背)。测量短时记忆和注意力。

(6)词汇(V)：给一些词下定义，测量词语的理解和表达能力。

操作量表的分测验及其主要功能：

(7)数字-符号(DS)：9 个数字，每个数字下面有一个规定的符号。要求按此规定填一些数字下面所缺的符号。测量手-眼协调、注意集中和操作速度。

(8)填图(PC)：一系列图片，每图缺一个不可少的部件，要求说明所缺部件名称和指出所缺部位。测量视觉辨别力，对构成物体要素的认识能力，以及扫视后迅速抓住缺点的能力。

(9)积木图案(BD)：用红白两色的立方体复制图案。测量空间知觉、视觉分析综合能力。

(10)图片排列(PA)：调整无秩序的图片成有意义的系列。测量逻辑联想，部分与整体的关系，以及思维的灵活性。

(11)拼物(OA)：将一物的碎片复原。测量想象力、抓住线索的能力以及"手-眼"协调能力。

从各分量表和分测验得到的三种智商，其中 FIQ 可代表受试者的总智力水平，VIQ 代表言语智力水平，FIQ 代表操作智力水平。因素分析结果，这些分测验负荷三种主要智力因素，即 A(言语理解)因素，B(知觉组织)因素和 C(记忆/注意)因素。在言语量表中的多数分测验负荷 A 因素；操作量表中的多数分测验负荷 B 因素；C 因素则为 A，D 和 DS 分测验所负荷。对受试者的智力作分析时，不仅根据三种智商的水平，而且还要比较 VIQ 与 PIQ 的关系，以及分析各分测验的成绩分布剖图型式等方法来进行。

2. 斯坦弗-比奈量表　第一个比奈量表(B-S)于 1905 年为法国比奈(A. Binet，1857—1911)和西蒙(Simon，1873—1961)所编制，是世界上第一个智力量表，以后分别于 1908 年和 1911 年作了修改。至 1916 年美国 Terman 在斯坦福大学对根据 B-S 作了很大发展，最突出的是第一次提出 IQ 及其计算法(比率智商计算法)，此量表被称为斯坦福-比奈量表(Stanford Binet Scale，S-B)。该量表中的测验项目仍沿用 B-S 方法，按难度依年龄组排列，每一年龄组包括 6 个项目，每通过一项计月龄两个月，6 项全通过，说明受试者的智力达到了这个年龄水平。这种项目排列法在心理测量学上称"混合列车"式。至 1960 年，改比率智商计算法成离差智商计算法，至 S-B4 又将项目的混合列车式排列，改成"专列"式排列，即是仿 W-S 方式，将功能相同的项目集中成分测验，所以量表由许多测验组成，而不按年龄组分段。于是 S-B4 的形式与 W-S 的也相似了。S-B4 有 15 个分测验，组成四个领域，即词语推理、数量推理、抽象/视推理以及短时记忆。最初 B-S 为预测儿童学习能力而编，S-B 仍沿其意，所以此量表一直在教育上用的多，临床上用的少。我国陆志韦于 1937 年修订过 S-B 的 1916 年版本，后有吴天敏根据陆氏修订本再作修改(1986)。

笔记

3. 考夫曼儿童能力成套测验 Kaufman(1983年)采用了Luria信息处理方法和Sperry大脑特异性功能(Specialization work)理论来编制K-ABC。该量表主要适用于2~12.5岁儿童,在临床、教育评估及心理学基础研究方面均有一定应用价值。

(二)儿童发展量表和适应能力评定量表

1. 儿童发展量表 智力测验要在儿童到一定年龄才能实施。因为年龄过小,不便操作,而且智力要发展到5~6岁时才有较好的预测性。所以在此以前的年龄阶段都用发展量表来评定智力。

儿童早年发展量表,主要包括身体生长和心理发展两大内容。其中心理发展又以适应行为为重。婴幼儿期所观察到的主要是一些本能和动作以及一些初级的智力活动,虽然与以后的智力水平相关程度不高,但临床上需要了解这一时期的智力发展水平,因此发展量表具有较大的临床应用价值。知名的有贝利(Bayley)婴幼儿发展量表(2至30个月),丹佛(Denver)发展筛查测验(2周至6岁),盖赛尔(Gesell)发展诊断量表(2.5~6岁)等,国内各有相应的修订本。

2. 适应行为量表 适应行为(adaptive behavior)也称社会适应能力(social competition),是指个人独立处理日常生活与承担社会责任的能力达到他的年龄和所处社会文化背景所期望的程度,也就是个体适应自然和社会环境的有效性(effective)。适应行性主要是个体在后天环境下的获得性行为技能,适应行为量表则用于评估个体适应行为发展水平和特征,广泛应用于智力低下(mental retardation,MR)的诊断、分类、训练及特殊教育等方面。例如在对于MR的诊断与分类上适应行为有着与智力测验相同的重要性。

随着人的年龄阶段不同,人的适应行为也会表现出不同的特征,因此有着多种适应行为评定量表。早期有Doll编制的Vineland社会成就量表(1940,1965年),随后有美国智力低下协会(AAMD),以及其他适用于不同年龄的适应行为量表。我国有姚树桥、龚耀先(1991年)编制的儿童适应行为评定量表,该量表包括感觉运动、生活自理、语言发展、个人取向、社会责任、时空定向、劳动技能、经济活动等8个方面,用适应能力商数(adaptive quotient,ADQ)表示儿童适应行为发展的总体水平。该量表适用于3~12岁儿童的适应行为发展水平和特征的评估,是智力低下儿童的诊断性工具之一。

(刘少文)

第三节 人格测验

人格是指一个人的思维、情绪和行为的特征模式,以及这些模式背后隐藏或外显的心理机制,即每个人身上都存在的一些持久、稳定的特征。每一种人格理论都假定这种个别差异的存在,并假定这些差异是可以测量的。而测量手段包括熟练评价者的评分(rating)资料、自我评定(self-report)资料和实验情景或测量资料(tested data)等。

测验人格的技术和方法很多,包括观察、晤谈、行为评定量表、问卷法、投射测验等,最常用的方法为问卷法(即自陈量表)和投射法,前者包括明尼苏达多项人格调查表、艾森克人格问卷、卡特尔人格测验等;后者包括洛夏墨迹测验、主题统觉测验等。人格心理学家认为投射法和问卷法反映了两个完全不同的动机系统:前者是潜意识的,后者是意识的、自我归因的。人格体现的内容主要属于意识层面,而语言涵盖了人格中很重要的内容,心理学家则确信人格可以通过语言这种媒介来测量。

一、明尼苏达多项人格调查表

笔记

明尼苏达多项人格调查表(Minnesota multiphasic personality inventory,MMPI),为Hathaway

SR 和 Mckingley JC 等于 1940 年初编制，最初只作为一套对精神病有鉴别作用的辅助量表，后来发展为人格量表。自问世以来，该量表应用非常广泛，为美国出版的《心理测验年鉴》第 9 版（1985 年）中最常用的人格量表。MMPI 主要用于病理心理研究，协助临床诊断，在精神医学、心身医学、行为医学、司法鉴定等领域应用十分广泛。

MMPI 适用于 16 岁以上、至少有 6 年教育年限者，1980 年初我国宋维真等完成了 MMPI 中文版修订工作，并已制定了全国常模。1989 年 Butcher 等完成了 MMPI 的修订工作，称 MMPI-2。MMPI-2 提供了成人和青少年常模，可用于 13 岁以上青少年和成人，最近也已引入我国。该量表既可个别施测，也可团体测查。

MMPI 共有 566 个自我陈述形式的题目，其中 1 ~ 399 题是与临床有关的，其他属于一些研究量表，题目内容范围很广，包括身体各方面的情况、精神状态以及家庭、婚姻、宗教、政治、法律、社会等方面的态度和看法。被试根据自己的实际情况对每个题目做“是”与“否”的回答，若的确不能判定则不作答。可根据被试的回答情况进行量化分析，或做人格剖面图，现在除手工分析方法外，还出现多种计算机辅助分析和解释系统。

MMPI 常用 4 个效度量表和 10 个临床量表。

1. 效度量表

（1）Q（Question）：被试者不能回答的题目数，如超过 30 个题目以上，测验结果不可靠。

（2）掩饰 L（Lie L）：测量被试者对该调查的态度。高分反映防御、天真、思想单纯等。

（3）效度 F（Validity F）：测量任意回答倾向。高分表示任意回答、诈病或存在偏执。

（4）校正分 K（Correction K）：测量过分防御或不现实倾向。高分表示被试者对测验持防卫效度。

2. 临床量表

（1）疑病量表（Hypochondriasis，Hs）：测量被试者疑病倾向及对身体健康的不正常关心。高分表示被试者有许多身体上的不适、不愉快、自我中心、敌意、需求、寻求注意等。条目举例：我常会恶心呕吐。

（2）抑郁量表（Depression，D）：测量情绪低落、焦虑问题。高分表示情绪低落，缺乏自信，自杀观念，有轻度焦虑和激动。条目举例：我常有很多心事。

（3）癔症量表（Hysteria，Hy）：测量被试者对心身症状的关注和敏感，自我中心等特点。高分反映自我中心、自大、自私、期待更多的注意和爱抚，与人的关系肤浅、幼稚。条目举例：每星期至少有一两次，我会无缘无故地觉得周身发热。

（4）精神病态性偏倚量表（Psychopathic deviation，Pd）：测量被试者的社会行为偏离特点。高分反映被试脱离一般社会道德规范，无视社会习俗，社会适应差，冲动敌意，攻击性倾向。条目举例：我童年时期中，有一段时间偷过人家的东西。

（5）男子气或女子气量表（Masculinity-femininity，Mf）：测量男子女性化、女子男性化倾向。男性高分反映敏感、爱美、被动等女性倾向，女性高分则反映粗鲁、好攻击、自信、缺乏情感、不敏感等男性化倾向。条目举例：和我性别相同的人最容易喜欢我。

（6）妄想量表（Paranoia，Pa）：测量被试者是否具有病理性思维。高分提示多疑、过分敏感，甚至有妄想存在，平时思维方式为容易指责别人而很少内疚，有时可表现强词夺理、敌意、愤怒、甚至侵犯他人。条目举例：有人想害我。

（7）精神衰弱量表（Psychasthenia，Pt）：测量精神衰弱、强迫、恐怖或焦虑等神经症特点。高分提示强迫观念、严重焦虑、高度紧张、恐怖等反应。条目举例：我似乎比别人更难于集中注意力。

（8）精神分裂症量表（Schizophrenia，Sc）：测量思维异常和行为古怪等精神分裂症的一些临床特点。高分提示思维古怪，行为退缩，可能存在幻觉妄想，情感不稳。条目举例：有时我会哭一阵笑一阵，连自己也不能控制。

笔记

(9)躁狂症量表(Mania,Ma):测量情绪紧张、过度兴奋、夸大、易激惹等轻躁狂症的特点。高分反映联想过多过快,情绪激昂,夸大,易激惹,活动过多,精力过分充沛、乐观、无拘束等特点。条目举例:我是个重要人物。

(10)社会内向量表(Social Introversion,Si):测量社会化倾向。高分提示性格内向,胆小退缩,不善社交活动,过分自我控制等;低分反映外向。条目举例:但愿我不要太害羞。

各量表结果采用T分形式,可在MMPI剖析图上标出。一般某量表T分高于70则认为存在该量表所反映的精神病理症状,比如抑郁量表≥70认为存在抑郁症状。但具体分析时应综合各量表T分高低情况解释。

二、艾森克人格问卷

艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnaire,EPQ)是由英国心理学家Eysenck HJ根据其人格三个维度的理论,于1975年在其1952年和1964年两个版本的基础上增加而成,在国际上被广为应用。EPQ成人问卷适用于测查16岁以上的成人,儿童问卷适用于7~15岁儿童。国外EPQ儿童本有97项,成人101项。我国龚耀先的修订本成人和儿童均为88项;陈仲庚修订本成人有85项。

EPQ由三个人格维度量表和一个效度量表组成。

(1)神经质(Neuroticism,N)维度:测查情绪稳定性。高分反映易焦虑、抑郁和较强烈的情绪反应倾向等特征。举例:你容易激动吗?

(2)内-外向(Introversion- extroversion,E)维度:测查内向和外向人格特征。高分反映个性外向,具有好交际、热情、冲动等特征,低分则反映个性内向,具有好静、稳重、不善言谈等特征。举例:你是否健谈?

(3)精神质(Psychoticism,P)维度:测查一些与精神病理有关的人格特征。高分可能具有孤独、缺乏同情心、不关心他人、难以适应外部环境、好攻击、与别人不友好等特征;也可能具有极其与众不同的人格特征。举例:你是否在晚上小心翼翼地关好门窗?

(4)掩饰(Lie,L)量表:测查朴实、遵从社会习俗及道德规范等特征。在国外,高分表明掩饰、隐瞒,但在我国L分高的意义仍未十分明了。举例:你曾经拿过别人的东西(哪怕一针一线)吗?

EPQ结果采用标准分T分表示,根据各维度T分高低判断人格倾向和特征。还将N维度和E维度组合,进一步分出外向稳定(多血质)、外向不稳定(胆汁质)、内向稳定(黏液质)、内向不稳定(抑郁质)四种人格特征,各型之间还有移行型。

EPQ为自陈量表,实施方便,有时也可以作团体测验,是我国临床应用最为广泛的人格测验。但其条目较少,反映的信息量也相对较少,故反映的人格特征类型有限。

三、卡特尔16项人格因素问卷

卡特尔16项人格因素问卷(16 personality factor questionnaire,16PF)为卡特尔(Cattell RB)采用主成分分析方法编制而成,他认为16个根源特质是构成人格的内在基础因素,测量这些特质即可知道个体的人格特征。16 PF用来测量以下特质:A乐群性,B聪慧性,C稳定性,E恃强性,F兴奋性,G有恒性,H敢为性,I敏感性,L怀疑性,M幻想性,N世故性,O忧虑性,Q1激进性,Q2独立性,Q3自律性,Q4紧张性。

16PF有A、B、C、D、E式五种复本。A、B为全本,各有187项;C、D为缩减本,各105项。前四种复本适用于16岁以上并有小学以上文化程度者;E式为128项,专为阅读水平低的人而设计。16PF主要用于确定和测量正常人的基本人格特征,并进一步评估某些次级人格因素。我国已有相关修订本及全国常模。

笔记

A、B、C、D 式均有三种答案可供选择：A、是的；B、介于 A 与 C 之间；C、不是的。凡答案与记分标准相符记 2 分，相反记 0 分，中间给 1 分；E 式有两种答案可供选择。条目举例：我感到在处理多数事情上我是一个熟练的人。

16PF 结果采用标准分（Z 分）。通常认为 <4 分为低分（1～3 分），>7 分为高分（8～10 分）。高、低分结果均有相应的人格特征说明。

第四节　神经心理测验

神经心理测验是神经心理学研究的重要方法之一，用于人类脑功能的评估，包括感知觉、运动、言语、注意、记忆、思维等。它可用于正常人，更常用于脑损伤病人的临床诊断和严重程度评估。

按测验形式，神经心理测验有单项测验和成套测验两种。前者只有一种项目形式，测量一种神经心理功能，常用于神经心理筛选；而后者有多种项目形式，能较全面地测量神经心理功能。

（一）神经心理筛选测验

该类测验用于筛查患者有无神经学问题，并初步判断是器质性或功能性问题，以决定患者是否进行更全面的神经心理功能和神经病学检查。

1. **Bender-Gestalt 测验**（Bender-Gestalt test）　为 1938 年 Bender L 编制，主要测查空间能力。要求被试临摹一张纸上的 9 个几何图形，根据临摹错误多少和错误特征判断测验结果。目前此测验常作为简捷的空间能力测查和有无脑损伤的初步筛查工具。我国已有该测验的较大样本常模。

2. **Wisconsion 卡片分类测验**（Wisconsion card sorting test，WCST）　它所测查的是抽象思维能力，即根据以往经验进行分类、概括、工作记忆和认知转移的能力。检查工具由 4 张模板和 128 张卡片构成。4 张模板上分别为一个红三角形，二个绿五角星，三个黄十字形和四个蓝圆。卡片上有不同形状（三角形、五角星、十字形、圆形）、不同颜色（红、黄、绿、蓝）、不同数量（1、2、3、4）的图形。要求被试根据四张模板对 128 张卡片进行分类，测试时不告诉被试分类的原则，只说出每次测验是否正确。该测验已在我国广泛应用。

3. **Benton 视觉保持测验**（Benton vision retention test，BVRT）　为 Benton AL 于 1955 年所编制，适用年龄为 5 岁以上。本测验有三种不同形式的测验图（C、D、E 式）。我国唐秋萍、龚耀先于 1991 年修订了该测验。此测验主要用于脑损伤后视知觉、视觉记忆、视觉空间结构能力的评估。

4. **快速神经学甄别实验**（quick neurological screening test，QNST）　为 Mutti M 等所编，主要用于测量与学习有关的综合神经功能。主要测量运动发展，控制粗大与精细肌肉运动的技巧，运动和计划的顺序性，速度和节奏感，空间组织，视知觉和听觉技巧，平衡和小脑前庭功能，学习相关功能等。程灶火、姚树桥（1994 年）初步应用该测验结果表明，QNST 对学习困难儿童具有较好的鉴别作用。

5. **皮肤电反应**（galvanic skin response，GSR）　测量的是全身最大的器官——皮肤的电阻。GSR 是衡量个体内部状态的较可信参数，从生理角度而言，它能反映汗腺活动及交感神经系统的变化。交感兴奋导致汗腺活动增加，进而引起电阻的增加，电阻的微弱变化，都能通过手掌或指尖的电极反映出来。由于交感神经活动和情绪唤醒之间存在着联系，因此 GSR 也被用于许多有趣的领域，如 1967 年 Fenz & Epstein 将它用于焦虑和紧张水平的研究，而 1973 年 Raskin 把它用作测谎仪的一部分。

6. **Stroop 测验**（stroop test）　要求被试看着一系列色彩词，说出这些词的实际色彩。第一

笔记

阶段，词语和色彩是匹配的；第二阶段，词语和色彩是不匹配的，比如蓝笔写的“红”字。该测验通过记录两个阶段的反应时间、两者之差、第二阶段的错误率，来测查被试注意力的灵活性、选择性。

Stroop 测验中，命名色彩所花的时间比阅读花的长。该效应称为 Stroop 效应，是 Stroop JR 于 1935 年阐述的，它表明大脑接收到矛盾信息时，信息间的干扰会影响信息处理速度。对于 Stroop 效应产生的原因，有以下两种解释：①信息处理速度理论，认为大脑阅读单词的速度比命名色彩的速度要快；②注意选择理论，认为命名色彩比阅读单词需要更多的注意力投入。

影像学检查表明，Stroop 试验中，前扣带回区域处于激活状态。该测验常用于注意缺陷多动综合征、阿尔茨海默病（Alzheimer Disease）等的粗略筛选。

7. 线段中分试验（line bisection test） 要求被试在没有尺子、不把纸对折的条件下，画出 A4 纸上数条水平线段的中点，往某侧的偏移往往指示存在对侧空间的相对忽视。临床研究证实，在某些特殊情况下，单侧大脑病变患者会持续地犯某种方向特异性的错误。比如右顶叶病变患者，存在对左侧空间的忽视，在试验时会把中点标在实际位置的右侧。因此，该试验能区分大脑右侧病变、左侧病变、双侧弥漫性病变患者及健康对照，还可作为对疾病预后的评估手段，如急性中风。

测试前须考察被试的利手。另外，被试的年龄、性别、文化背景，实验时目测方向（从左到右或反之）、所用的手（利手或非利手）等因素都会影响对中点的判断。

（二）成套神经心理测验

成套神经心理测验一般含有多个分测验，各分测验形式不同，分别测量一种或多种神经心理功能，从而可以对神经心理功能作较全面的评估。

成套神经心理测验品种较多，其中 H-R 成套神经心理测验（Halsted-Reitan neuropsychological battery，HRB），为 Halsted 编制，Reitan 加以发展而成。用于测查多方面的心理功能或能力状况，包括感知觉、运动、注意力、记忆力、抽象思维能力和言语功能等。此测验有成人、儿童、幼儿三式，我国龚耀先等分别于 1986、1988 及 1991 年进行了修订。这里只介绍我国修订的 HRB 成人式。

1. 范畴测验（the category test） 要求被试通过尝试、错误，发现一系列图片（156 张）中隐含的数字规律，并在反应仪上作出应答，测查被试分析、概括、推理等能力。此测验有助于反映额叶功能。

2. 触摸操作测验（the tactual performance test） 要求被试在蒙着双眼的情况下，凭感知觉将不同形状的形块放入相应的木槽中。分利手、非利手、双手三次操作，最后使之回忆这些形块的形状和位置。此测验测查被试触知觉、运动觉、记忆能力，手的协同与灵活性，而左右侧操作成绩比较有助于反映左右半球功能差异。

3. 节律测验（the rhythm test） 要求被试听 30 对音乐节律录音，辨别每对节律是否相同，测查注意力、瞬间记忆力和节律辨别能力。此测验有助于了解右半球功能。

4. 手指敲击测验（the finger tapping test） 要求被试分别用左右手示指快速敲击计算器的按键，测查精细运动能力。比较左右手敲击快慢的差异有助于反映左右半球粗细运动控制功能差异。

5. Halsted-Wepman 失语甄别测验（Halsted-Wepman aphasia screening test） 要求被试回答问题，复述问题，临摹图形，执行简单命令，测查言语接受和表达功能，以及有无失语。

6. 语声知觉测验（the speech-sounds perception test） 要求被试在听到一个单词或一对单词的发音（录音）后，从 4 个被选词中找出相应的词，共测 30 个（对）词，测查被试者注意力和语音知觉能力。

笔记

7. 侧性优势检查（the test of lateral dominance） 通过对被试写字、投球、拿东西等动作的询

问和观察，判断其利手或利侧，进一步判断言语优势半球。

8. **握力测验**　要求被试分别用左右手紧握握力计，尽其最大力量，测查运动功能。左右握力比较有助于反映左右半球功能和运动功能差异。

9. **连线测验**（trail making test）　此测验分甲乙两式，甲式要求被试将一张16开纸上散在的25个阿拉伯数字按顺序连接；乙式除数字系列外，还有英文字母系列，要求被试按顺序交替连接阿拉伯数字和英文字母。测查空间知觉、眼手协调、思维灵活性等能力。

10. **感知觉障碍测验**（test of sensory perceptual disturbance）　此测验包括听觉检查、视野检测、脸手触觉辨认、手指符号辨认和形状辨认等6个方面，测查有无周边视野缺损、听觉障碍、触觉和知觉障碍，以及了解大脑两半球功能的差别。

每一分测验有不同的划界分常模，即区分有无病理的临界分。根据划入病理范围的分测验数可计算出损伤指数（impairment index），即属病理的测验数除以总测验数，临床上依据损伤指数的大小来协助判断脑损伤的严重程度。

左半球功能障碍	弥漫性障碍	右半球功能障碍
（1）智力：VIQ < PIQ	普遍降低	PIQ < VIQ
（2）记忆：言语记忆成绩特别低	普遍降低	TPT记位，WMS记位特别低
（3）思维：A、S成绩下降明显	范畴，C、S成绩低	BD、PA成绩特别低
（4）运动：敲击、TPT时间、握力，右手力量低于左手	连线B低	前述测验成绩左手明显低于右手，定型性运动能力低
（5）感知觉：右手，右侧有阳性体征发现		左手，左侧有阳性体征发现，节奏性感知觉能力低
（6）失语检查：言语困难，语言知觉能力低		有结构性失用

（王　伟　许少芳）

第五节　评定量表

一、概　　述

关于"评定量表"（rating scale）概念的界定，目前尚无统一认识。有人认为"评定量表"仅限于那些不能合作进行测验的受试者（如严重的智残者、精神病人、重病病人和婴幼儿等）而必须采用由主试者进行评定的量表。从这点意义上说，评定量表不是严格的"心理测验"。也有人认为目前在医学以及社会科学界所广泛采用的一些量表，也具有心理测验数量化、标准化这样一些基本特征，虽然在基本理论背景、难易程度等方面有些不同，但二者在形式上常常混淆，也不必过分强调它们的区别。尽管概念上难以界定，但我们还是可以从二者的特征找到评定量表与严格意义上的心理测验的一些不同之处。

首先，评定量表多是以实用为目的，强调实用性，理论背景不一定严格，多是在一些问卷的基本上进行结构化、数量化而发展起来。另一个突出特点就是简便易操作，如对病人的检查常用作筛查工具（而不作诊断用），评价也多采用原始分直接评定。此外，评定量表也不像心理测验那样控制严格，有些可公开发表，许多评定量表非专业工作者稍加训练就可掌握。具有上述特征的评定量表既有他评的，也有自评的（如SCL-90）。在医学心理学中常用的评定量表有许多种类，包括精神症状评定量表、与心理应激有关的生活事件量表、应对方式量表和社会支持等量表等。

笔记

二、自评量表

所谓自评量表是指受试者根据量表的题目和内容自行选择答案做出判断的评定量表。这里仅介绍一些医学心理学常用的自评量表。

(一) 90项症状自评量表

90项症状自评量表(symptom check list 90,SCL-90)测查10个心理症状因子:躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌意、恐怖、偏执和精神质,以及附加因子。因子分用于反映有无各种心理症状及其严重程度。每个项目后按"没有、很轻、中等、偏重、严重"等级以1~5分5级选择评分,由被试者根据自己最近的情况和体会对各项目选择恰当的评分。评定结果分析总平均水平、各因子的水平以及表现突出的因子,借以了解病人问题的范围、表现以及严重程度等。SCL-90可进行追踪性测查,以观察病情发展或评估治疗效果。

SCL-90的具体分析指标有:①总分:将所有项目评分相加,即得到的总分;②阳性项目数:大于或等于2的项目数;③因子数:将各因子的项目评分相加得因子粗分,再将因子粗分除以因子项目数,即得到因子分。

根据总分、阳性项目数、因子分等评分结果情况,判定是否有阳性症状及其严重程度,或是否需进一步检查。因子分越高,反映症状越多,障碍越严重。

10个因子的定义、项目数及其含义:

躯体化:包括1、4、12、27、40、42、48、49、52、53、56、58共12项,主要反映主观的身体不舒适感。

强迫:包括3、9、10、28、38、45、46、51、55、65共10项,主要反映强迫症状。

人际敏感:包括6、21、34、36、37、41、61、69、73共9项,主要反映个人的不自在感和自卑感。

抑郁:包括5、14、15、20、22、26、29、30、31、32、54、71、79共13项,主要反映抑郁症状。

焦虑:包括2、17、23、33、39、57、72、78、80、86共10项,主要反映焦虑症状。

敌意:包括11、24、63、67、74、81共6项,主要反映敌对表现。

恐怖:包括13、25、47、50、70、75、82共7项,主要反映恐怖症状。

偏执:包括8、18、43、68、76、83共6项,主要反映猜疑和关系妄想等精神症状。

精神病性:包括7、16、35、62、77、84、85、87、88、90共10项,主要反映幻听、被控制感等精神分裂症症状。

附加项:包括19、44、59、60、64、66、89共7项,主要反映睡眠和饮食情况。

[附] 90项症状自评量表(SCL-90)的内容

1. 头痛	12. 胸痛
2. 神经过敏,心中不踏实	13. 害怕空旷的场所或街道
3. 头脑中有不必要的想法或字句盘旋	14. 感到自己的精力下降,活动减慢
4. 头昏或昏倒	15. 想结束自己的生命
5. 对异性的兴趣减退	16. 听到旁人听不到的声音
6. 对旁人责备求全	17. 发抖
7. 感到别人能控制您的思想	18. 感到大多数人都不可信任
8. 责怪自己制造麻烦	19. 胃口不好
9. 忘性大	20. 容易哭泣
10. 担心自己的衣饰整及仪态的端正	21. 同异性相处时感害羞不自在
11. 容易烦恼和激动	22. 感到受骗、中了圈套或有人想抓住您

笔记

续表

23. 无缘无故地突然感到害怕	57. 感到紧张或容易紧张
24. 自己不能控制地大发脾气	58. 感到手或脚发重
25. 怕单独出门	59. 想到死亡的事
26. 经常责怪自己	60. 吃得太多
27. 腰痛	61. 当别人看着您或谈论您时感到不自在
28. 感到难以完成任务	62. 有一些不属于您自己的想法
29. 感到孤独	63. 有想打人或伤害他人的冲动
30. 感到苦闷	64. 醒得太早
31. 过分担忧	65. 必须反复洗手、点数目或触摸某些东西
32. 对事物不感兴趣	66. 睡得不稳不深
33. 感到害怕	67. 有想摔坏或破坏东西的冲动
34. 我的感情容易受到伤害	68. 有一些别人没有的想法或念头
35. 旁人能知道您的私下想法	69. 感到对别人神经过敏
36. 感到别人不理解您、不同情您	70. 在商店或电影院等人多的地方感到不自在
37. 感到人们对您不友好、不喜欢您	71. 感到任何事情都很困难
38. 做事必须做得很慢以保证做得正确	72. 一阵阵恐惧或惊恐
39. 心跳得很厉害	73. 感到在公众场合吃东西很不舒服
40. 恶心或胃部不舒服	74. 经常与人争论
41. 感到比不上他人	75. 单独一人时神经很紧张
42. 肌肉酸痛	76. 别人对您的成绩没有作出恰当的评价
43. 感到有人在监视您、谈论您	77. 即便和别人在一起也感到孤单
44. 难以入睡	78. 感到坐立不安心神不定
45. 做事必须反复检查	79. 感到自己没有什么价值
46. 难以做出决定	80. 感到熟悉的东西变成陌生或不像是真的
47. 怕乘电车,公共汽车、地铁或火车	81. 大叫或摔东西
48. 呼吸有困难	82. 害怕会在公共场合昏倒
49. 一阵阵发冷或发热	83. 感到别人想占您的便宜
50. 因为感到害怕而避开某些东西、场合或活动	84. 为一些有关"性"的想法而很苦恼
51. 脑子变空了	85. 认为应该因为自己的过错而受到惩罚
52. 身体发麻或刺痛	86. 感到要赶快把事情做完
53. 喉咙有梗塞感	87. 感到自己的身体有严重问题
54. 感到前途没有希望	88. 从未感到和其他人很亲近
55. 不能集中注意力	89. 感到自己有罪
56. 感到身体的某一部分软弱无力	90. 感到自己的脑子有毛病

（二）抑郁自评量表

抑郁自评量表(self-rating depression scale,SDS)由 Zung 于 1965 年编制。量表包含 20 个项目,采用四级评分方式,该量表使用方法简便,能相当直观地反映病人抑郁的主观感受及严重程度。使用者也不需经特殊训练。目前多用于门诊病人的粗筛、情绪状态评定以及调查、科研等。

评分:大多数项目为正向评分:① 1 分:很少有该项症状;② 2 分:有时有该项症状;③ 3 分:大部分时间有该项症状;④ 4 分:绝大部分时间有该项症状。但项目 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 为反向评分题,按 4 – 1 计分。由被试者按照量表说明进行自我评定,依次回答每个条目。

笔记

总分：将所有项目得分相加，即得到总分，如果总分超过41分可考虑筛查阳性，即可能有抑郁存在，需进一步检查。抑郁严重指数：抑郁严重指数 = 总分/80。指数范围为0.25～1.0，指数越高，反映抑郁程度越重。

[附] Zung自评抑郁量表（SDS）的内容

1. 我觉得闷闷不乐，情绪低沉	11. 我的头脑与平常一样清楚
2. 我觉得一天之中早晨最好	12. 我觉得经常做的事情并没有困难
3. 我一阵阵哭出来或觉得想哭	13. 我觉得不安而平静不下来
4. 我晚上睡眠不好	14. 我对将来抱有希望
5. 我吃得跟平常一样多	15. 我比平常容易生气激动
6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快	16. 我觉得作出决定是容易的
7. 我发觉我的体重在下降	17. 我觉得自己是个有用的人，有人需要我
8. 我有便秘的苦恼	18. 我的生活过得很有意思
9. 我心跳比平时快	19. 我认为我死了别人会生活得好些
10. 我无缘无故地感到疲乏	20. 平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣

（三）焦虑自评量表

焦虑自评量表（self-rating anxiety scale，SAS）由Zung于1971年编制，由20个与焦虑症状有关的项目组成。用于反映有无焦虑症状及其严重程度。适用于焦虑症状的成人，也可用于流行病学调查。

评分：每项问题后有1～4四级评分选择：①1分：很少有该项症状；②2分：有时有该项症状；③3分：大部分时间有该项症状；④4分：绝大部分时间有该项症状。项目5、9、13、17、19为反向评分题，按4-1计分。由被试者按量表明说进行自我评定，依次回答每个条目。

总分：将所有项目评分相加，即得到总分。总分超过40分可考虑筛查阳性，即可能有焦虑症状，需进一步检查。分数越高，反映焦虑程度越重。

[附] Zung自评焦虑量表（SAS）的内容

1. 我感到比往常更加过敏和焦虑	11. 我因阵阵的眩晕而不舒服
2. 我无缘无故感到担心	12. 我有阵阵要昏倒的感觉
3. 我容易心烦意乱或感到恐慌	13. 我呼吸时进气和出气都不费力
4. 我感到我的身体好像被分成几块，支离破碎	14. 我的手指和脚趾感到麻木和刺痛
5. 我感到事事顺利，不会有倒霉的事情发生	15. 我因胃痛和消化不良而苦恼
6. 我的四肢抖动和震颤	16. 我必须时常排尿
7. 我因头痛、颈痛和背痛而烦恼	17. 我的手总是温暖而干燥
8. 我感到无力且容易疲劳	18. 我觉得脸发烧发红
9. 我感到很平衡，能安静坐下来	19. 我容易入睡，晚上休息很好
10. 我感到我的心跳较快	20. 我做噩梦

（四）应激相关（生活事件）量表

国内外有多种生活事件量表。这里介绍由杨德森、张亚林编制的生活事件量表（life event scale，LES）。该量表由48条我国较常见的生活事件组成，包括三个方面的问题：家庭生活方面（28条）、工作学习方面（13条）、社交及其他方面（7条），另外有2条空白项目，供填写被试者已

笔记

经经历而表中并未列出的某些事件。

LES是自评量表,由被试者自己填写。填写者须仔细阅读和领会指导语,然后逐条一一过目。根据调查者的要求,将某一时间范围内(通常为一年内)的事件记录。对于表上已列出但并未经历的事件应一一注明“未经历”,不留空白,以防遗漏。然后,由填写者根据自身的实际感受而不是按常理或伦理观念去判断那些经历过的事件对本人来说是好事或是坏事?影响程度如何?影响持续的时间有多久?影响程度分为5级,从毫无影响到影响极重分别记0、1、2、3、4分。影响持续时间分三月内、半年内、一年内、一年以上共4个等级,分别记1、2、3、4分。

统计指标为生活事件刺激量,计算方法如下:

(1)单项事件刺激量 = 该事件影响程度分 × 该事件持续时间分 × 该事件发生次数

(2)正性事件刺激量 = 全部好事刺激量之和

(3)负性事件刺激量 = 全部坏事刺激量之和

(4)生活事件总刺激量 = 正性事件刺激量 + 负性事件刺激量

生活事件刺激量越高反映个体承受的精神压力越大。负性事件刺激量的分值越高对心身健康的影响越大;正性事件的意义尚待进一步的研究。

[附] 生活事件量表(LES)的结构与内容

家庭有关问题

(1)恋爱或订婚
(2)恋爱失败、破裂
(3)结婚
(4)自己(爱人)怀孕
(5)自己(爱人)流产
(6)家庭增添新成员
(7)与爱人父母不和
(8)夫妻感情不好
(9)夫妻分居(因不和)
(10)夫妻两地分居(工作需要)
(11)性生活不满或独身
(12)配偶一方有外遇
(13)夫妻重归于好
(14)超指标生育
(15)本人(爱人)做绝育手术
(16)配偶死亡
(17)离婚
(18)子女升学(就业)失败
(19)子女管教困难
(20)子女长期离家
(21)父母不和
(22)家庭经济困难
(23)欠债500元以上
(24)经济情况显著改善
(25)家庭成员重病、重伤
(26)家庭成员死亡
(27)本人重病或重伤
(28)住房紧张

工作学习中的问题

(29)待业、无业
(30)开始就业
(31)高考失败
(32)扣发奖金或罚款
(33)突出的个人成就
(34)晋升、提级
(35)对现职工作不满意
(36)工作学习压力大(如成绩不好)
(37)与上级关系紧张
(38)与同事邻居不和
(39)第一次远走他乡异国
(40)生活规律重大变动(饮食睡眠规律改变)
(41)本人退离休或未安排具体工作

社交与其他问题

(42)好友重病或重伤
(43)好友死亡
(44)被人误会、错怪、诬告、议论
(45)介入民事法律纠纷
(46)被拘留、受处罚
(47)失窃、财产损失
(48)意外惊吓、事故、自然灾害

注:若受试者认为有表中未列生活事件对其造成较大影响,可以自己填入所留的空栏中,并也作出相应评价。

（五）特质应对方式问卷

应对(coping)是心理应激过程的重要中介因素，与应激事件性质以及应激结果均有关系。近十年来应对方式受到广泛的重视，出现许多应对方式量表，特质应对方式问卷(trait coping style questionnaire，TCSQ)是其中之一。

特质应对方式问卷是自评量表，由20条反映应对特点的项目组成，包括2个方面：积极应对与消极应对(各含10个条目)。用于反映被试者面对困难挫折时的积极与消极的态度和行为特征。被试者根据自己大多数情况时的表现逐项填写。各项目答案从“肯定是”到“肯定不是”采用5、4、3、2、1五级评分。评价指标包括：

积极应对分：将条目1、3、5、8、9、11、14、15、18、20的评分累加，即得积极应对分。一般人群的平均分为30.22±8.72。分数高，反映积极应对特征明显。

消极应对分：将条目2、4、6、7、10、12、13、16、17、19的评分累加，即得消极应对分。一般人群的平均分为23.58±8.41，分数高，反映消极应对特征明显。

实际应用中，消极应对特征的病因学意义大于积极应对，其原因有待进一步研究。

[附] 特质应对方式问卷(TCSQ)的内容

1. 能尽快地将不愉快忘掉	11. 旁人很容易使你重新高兴起来
2. 陷入对事件的回忆和幻想之中而不能摆脱	12. 如果与人发生冲突，宁可长期不理对方
3. 当作事情根本未发生过	13. 对重大困难往往举棋不定，想不出方法
4. 易迁怒于别人而经常发脾气	14. 对困难和痛苦能很快适应
5. 通常向好的方面想，想开些	15. 相信困难和挫折可以锻炼人
6. 不愉快的事很容易引起情绪波动	16. 在很长的时间里回忆所遇到的不愉快的事
7. 将情绪压在心底里不表现出来，但又忘不掉	17. 遇到难题往往责怪自己无能而怨恨自己
8. 通常与类似的人比较，就觉得算不了什么	18. 认为天底下没有什么大不了的事
9. 将消极因素化为积极因素，例如参加活动	19. 遇苦恼事喜欢一人独处
10. 遇烦恼的事很容易想悄悄地哭一场	20. 通常以幽默的方式化解尴尬局面

三、他评量表

所谓他评量表是由评估者根据对被评估者的行为观察或访谈所进行的量化评估。一般对使用者的专科知识以及量表使用经验等要求较高。他评量表方式在情绪和外显行为定量评估中广泛应用，这里以汉密尔顿抑郁量表为例加以介绍：

汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale，HAMD)由Hamilton于1960年编制，是临床上评定抑郁状态时应用得最普遍的量表。本量表有17项、21项和24项等3种版本。利用HAMD作一次评定大约需15～20分钟。这主要取决于患者的病情严重程度及其合作情况，如患者伴有严重阻滞时所需时间将更长。

1. 项目和评分标准 HAMD大部分项目采用0～4分的5级评分法，各级的标准为：0分为无，1分为轻度，2分为中度，3分为重度，4分为很重。少数项目采用0～2分的3级评分法，其分级的标准为：0分为无，1分为轻～中度，2分为重度。

2. 评定注意事项

(1)适用于具有抑郁症状的成年病人。

(2)应由经过培训的两名评定者对患者进行HAMD联合检查。

(3)一般采用交谈与观察的方式。检查结束后，两名评定者分别独立评分。

笔记

(4)评定的时间范围：入组时，评定当时或入组前一周的情况；治疗后2～6周，以同样方式，

对入组患者再次评定，比较治疗前后症状和病情的变化。

（5）HAMD 中，有的项目依据对患者的观察进行评定；有的项目则根据患者自己的口头叙述评分；尚需向患者家属或病房工作人员收集资料。

3. 结果分析 总分：能较好地反映病情严重程度的指标，病情越轻总分越低，病情愈重总分愈高。而且治疗前后总分的变化情况可用来评估患者病情的变化情况。

按照 Davis JM 的划界分，总分超过35分，可能为严重抑郁；超过20分，可能是轻或中等度的抑郁；如小于8分，病人就没有抑郁症状。一般的划界分，HAMD 17 项分别为 24 分、17 分和7 分。

4. 应用评价 HAMD 评定方法简便，标准明确，便于掌握，可用于抑郁症、躁郁症、神经症等多种疾病的抑郁症状之评定，尤其适用于抑郁症。HAMD 在抑郁量表中，作为最标准者之一，如果要发展新的抑郁量表，往往应以 HAMD 作平行效度检验的工具。

［附］ HAMD 条目及具体的评分标准举例

1. 抑郁情绪：①只在问到时才诉述；②在访谈中自发地表达；③不用言语也可以从表情，姿势，声音或欲哭中流露出这种情绪；④病人的自发言语和非语言表达（表情，动作）几乎完全表现为这种情绪。

2. 有罪恶感：①责备自己，感到自己已连累他人；②认为自己犯了罪，或反复思考以往的过失和错误；③认为目前的疾病，是对自己错误的惩罚，或有罪恶妄想；④罪恶妄想伴有指责或威胁性幻觉。

3. 自杀：①觉得活着没有意义；②希望自己已经死去，或常想到与死有关的事；③消极观念（自杀念头）。

4. 入睡困难（初段失眠）：①主诉有入睡困难，上床半小时后仍不能入睡（要注意平时病人入睡的时间）；②主诉每晚均有入睡困难。

（洪 炜）

笔记

第六章　心理应激

掌握心理应激理论不但有助于认识心理社会因素在疾病发生发展过程中的作用规律（心理病因学），还在维护个体心理社会因素的动态平衡（心理卫生与健康促进）、降低各种心理社会因素的负面影响（应激的控制与管理），乃至整个医学工作领域，都有理论与实践指导意义。

第一节　总　论

一、应激与心理应激理论

（一）应激的概念与发展

应激（stress）概念的提出和心理应激（psychological stress）理论的发展经历了较长的历史过程。现代应激理论将应激定义为：应激是个体面临或觉察到环境变化对机体有威胁或挑战时做出的适应性和应对性反应的过程。

在应激概念的历史演化过程中，有三位学者做出了重要贡献，分别是伯纳德（Claude Bernard）、坎农（Cannon）和塞里（Selye）。

伯纳德认为，生命维持的关键是机体保持内部环境的稳定，对机体的完整性和稳定性的挑战或刺激会诱发机体的反应以抗衡其所造成的威胁。这是现代应激概念的基础。

坎农继承了伯纳德的思想，将机体在面对环境变化时保持内环境稳定的过程称作“内稳态”。他认为，感觉神经使大脑能够与身体其他部分进行沟通。大脑能觉察到身体内部状态的不适当的变化，且能通过各种机制来正确地加以补偿。坎农不仅关心物理环境对机体保持稳态的影响和机体维持稳态的机制，也关心有心理意义的刺激对人的影响，认为心理和社会功能的失调也可导致良好健康状态的丧失。

塞里是第一个系统使用应激概念说明机体受到威胁时所发生的调节反应的生理学家。他用“应激”这一术语代表严重威胁机体内稳态的任何刺激影响，而将引起应激的刺激称为“应激源”。塞里在实验中发现，用冷、热刺激，感染和毒物作为应激源的动物实验中，总是能引起小鼠肾上腺皮质增生，胸腺、脾脏、淋巴结明显萎缩，嗜酸性白细胞显著下降，胃黏膜浅层溃疡等变化，上述反应与注射物的种类和性质无关。塞里将这种反应称为一般性适应综合征（general adaptation syndrome，GAS），认为这是一种机体的非特异性反应。也即虽然严重程度上存在差异，但应激反应对于个体生存和适应都是必需的。

一般性适应综合征可划分为三期：①警觉期，表现为体重减轻、肾上腺皮质增大。外周反应为肾上腺素分泌增加，血压升高，脉搏与呼吸加快，心脑血管血流量增加，血糖升高等等。这些反应唤起了体内的防御能力，使机体处在最好的态势，以增强力量，准备做出“战斗或逃跑”反应。如果应激源非常严重，可以直接引起动物死亡。若机体处于持续的有害刺激，又能度过第一阶段，则会转入下一阶段。②抵抗期或耐受期，表现为体重恢复正常，肾上腺皮质变小，淋巴腺恢复正常，激素水平恒定。这时机体对应激源表现出一定的适应，对其抵抗能力增强。若机体继续处在有害刺激下或刺激过于严重，则会丧失所获得的抵抗力而进入下一个阶段。③衰竭期，表现为肾上腺增大，最终耗竭。体重再次减轻，淋巴系统功能紊乱，激素水平再次升高后降低。当个体抵抗应激的能力枯竭时，副交感神经系统异常兴奋，常出现抑郁、疾病甚至死亡。

笔记

以上应激概念的发展与人们对疾病发生和发展的普遍规律的认识相一致，即认为外界刺激可导致机体稳态的失衡与调节，应激刺激导致机体出现损伤和抗损伤反应，损伤和抗损伤因素

均可导致疾病的发生。

（二）心理学界关注的应激

自上个世纪30年代起，心理学家们对应激问题的研究扩充了应激的涵义。这类研究关注“应激造成的生理、社会和心理系统的紊乱”，认为“应激是某些情况下据信会导致疾病的机制之一”。随着研究的深入，心理学家认识到多种心理社会因素如个人的认知评价和应对方式等在应激中的意义。20世纪60年代，Lazarus R等提出认知评价在应激中的重要性，指出应激的发生并不伴随特定的刺激或特定的反应，而是发生于个体察觉或估价一种有威胁的情景之时。此后Folkman S和Lazarus R等研究了应对方式在应激过程中的作用，形成了认知应激作用理论。

二、应激的概念模型

应激的概念模型是对应激现象本质的理论概括。由于人们对应激现象的实质有不同的看法，便有不同的理论模型。近百年来，不同学者形成了不同的应激理论，如有早期重视应激反应的“应激反应模型”（response-based model of stress）、重视应激刺激作用的“刺激模型”（stimulus-based model of stress），到以后重视个体对应激源和应对能力的“认知评价模型”（cognitive appraisal model of stress）、应激作用的“过程模型”。近年的发展趋势则是关注应激多因素作用的“系统”模型。本章主要介绍应激的认知评价模型、应激的系统模型和应激的过程模型。

（一）应激的认知评价模型

塞里和拉扎勒斯均认为，引起应激反应的事件多种多样，但不同的个体对其认知评价可有不同。1979年，Woolofolk和Richardson正式提出了应激的认知评价模型。认为应激反应不是环境因素的直接结果，许多环境因素本来是中性的、无关紧要的；它们之所以引起一些人的应激反应，是由于这些人将其视为“至关重要的”、“威胁性的”和“必须慎重应对的”。因此，该模型认为应激反应是个体对情境或事件认知评价的结果，人们感受和评价事物的方式、对应激源赋予的意义决定着应激反应的发生和程度。认知评价在应激发生和反应中的作用见应激的心理中介机制部分。

（二）应激的系统模型

通过大量的有关应激因素之间相互关系的实证研究提示，应激有关因素之间不是单向的从因到果或从刺激到反应的过程，而是多因素相互作用的系统。对个体而言，现实生活中的任何人都生活在自然和社会环境中，人与环境之间在不同的水平相互影响、相互作用。从自身来看，人的心理功能和生理功能也是相互联系、相互作用的。例如，病人可以对应激刺激做出不同的认知评价，从而趋向于采用不同的应对方式和利用不同的社会支持，导致不同的应激反应。反过来，应激反应也影响社会支持、应对方式、认知评价直至生活事件。也就是说，应激其实是有关因素相互作用的系统，即“应激系统模型”。

应激系统模型的基本特征（法则）包括：①应激是多因素的系统；②各因素互相影响互为因果；③各因素之间动态的平衡或失衡决定个体的健康或疾病；④认知因素在平衡和失衡中起关键作用；⑤人格因素起核心作用。

根据系统模型，心理应激可以被定义为：个体的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和心身反应等生物、心理、社会多因素构成相互作用的动态平衡“系统”，当由于某种原因导致系统失衡，就是心理应激（图6-1）。

（三）应激的“过程”模型

根据应激学说的发展历史和20世纪70~80年代国外各种应激有关研究成果，国内学者如姜乾金等倾向于将心理应激看作是由应激源（生活事件）到应激反应的多因素作用过程，即“应激过程模型”（图6-2）。

笔记

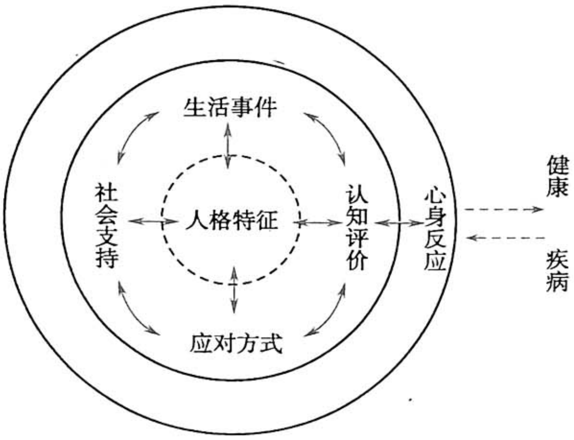


图 6-1 心理应激"系统"模型示意图

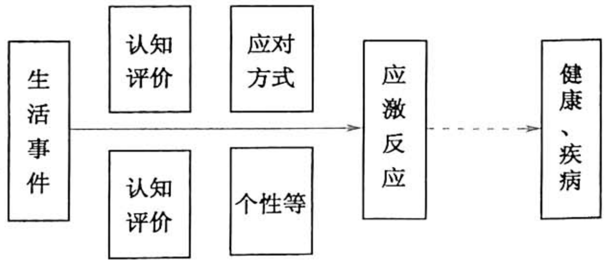


图 6-2 应激过程模型示意图

根据过程模型，心理应激可以被定义为：个体在应激源作用下，通过认知、应对、社会支持和个性特征等中间多因素的影响或中介，最终以心理生理反应表现出来的作用"过程"。

该定义强调，应激是个体对环境威胁和挑战的一种适应过程；应激的原因是生活事件，应激的结果是适应的和不适应的心身反应；从生活事件到应激反应的过程受个体的认知等多种内外因素的制约。

这一定义符合人们通常的因果逻辑思维习惯，易于理解也便于对某些疾病发生的病因做出解释。

三、心理应激的意义

心理应激的理论模型为医学心理学研究提供了框架和思路，在应激与疾病的发病机理、健康促进领域具有理论与实际指导意义。

在医学认识论方面，心理应激理论特别是"系统模型"，使我们认识到个体实际上是生活在应激多因素的动态平衡之中。心理应激多因素作用过程与健康的关系与心理社会因素与疾病和健康的关系相一致。与疾病密切相关的不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、少运动、肥胖及对社会压力不良反应等均可在心理应激理论的框架下进行研究。并且随着工业化、现代化和竞争日趋激烈、人际关系日趋复杂，人们感受到的生活压力增大，心理应激程度也不断增强，由此而引起的生理和心理反应和形成的症状和体征，正成为当代人们身体不适和精神痛苦的根源。这种从整体上对健康和疾病的认识，有助于我们的健康工作决策，也有助于医学的模式转变。

在病因学方面（心理病因学），"反应模型"和"过程模型"有助于清晰理解心理疾病和心身疾病的发生发展过程。例如近些年来在国内外许多研究中，将心身健康的变异情况（如情绪反应、心身症状）作为应激作用的结果或应激反应来看待，而将与健康和疾病有关的各种心理社会因素，例如生活事件、认知因素、应对方式、社会支持、个性特点和某些生物学因素悉数作为应激有关因素进行多因素的分析研究，取得了较好的研究成果。

在治疗方面，根据"刺激模型"可以通过任何消除或降低各种应激因素的负面影响，促进机体系统因素之间的良性循环而实现新的平衡，达到治疗的目的。干预策略包括了应激模型中的多个环节，例如：①控制或回避生活事件，②改变认知评价，③改善社会支持，④应对指导，⑤松弛训练，⑥阻断应激启动通路等。

在预防医学方面和健康促进领域，"认知模型"有助于认识和指导合理调整应激各有关因素的动态平衡，促进个体在不同内外环境下的健康成长或保持适应（心理卫生）。如应对指导训练、社会支持系统的建立、人格健全的促进等都是可用的心理保健措施。

笔记

除此之外，应激模型的基本法则还可应用于临床个体心理咨询（治疗）程式，应用于压力管理、应激相关疾病和家庭婚姻咨询与治疗。

第二节 应 激 源

一、应激源的定义与分类

应激源（stressors）是引起应激的刺激，也就是应激的原因。通常是指向机体提出适应和应对要求并进而导致充满紧张性的生理和心理反应的刺激物。

应激源的分类学术界尚无一致的意见，常见的分类如下：

（一）按应激源性质分类

1. 躯体性应激源 躯体性应激源是指对人的躯体直接发生刺激作用的刺激物，包括各种物理的、化学的和生物学的刺激物，如过高过低的温度、强烈的噪声、酸碱刺激、不良食物、微生物等。这一类应激源是引起人们生理应激和应激的生理反应的主要刺激物。

2. 心理性应激源 心理性应激源是指来自人们头脑中的紧张性信息，主要指冲突、挫折和各种原因导致的自尊感降低。心理性应激源与其他类应激源的显著不同之处是它直接来自人们的头脑；但也常常是外界刺激物作用的结果。例如，心理冲突往往在人际关系出现困难或发生目标冲突时产生。同样，较低的自尊感多产生于难以胜任学习和工作任务之时。

3. 社会性应激源 社会性应激源是指能导致个人生活风格变化，并要求人们对其做出调整或适应的事件。所谓生活风格（样式），是指组成一个人的日常生活方式的许多“经验和事件”。社会性应激源包括应激性生活事件和日常生活困扰。应激性生活事件指生活中重大的变故。日常生活困扰是指轻微而频繁的困扰或微应激源如每天挤车上下班，处理家庭事务，操心孩子学习等。日常生活困扰因年龄和职业特征不同而有所差异，如警察的日常生活困扰为“司法系统的效能低下”和“歪曲的攻击性评价”；教师的日常生活困扰为“完成论文”和“工资低”；大学生的日常生活困扰则为“专业好坏”及“寻求职业或兼职”。

4. 文化性应激源 文化性应激源是指因语言、风俗和习惯的改变而引起应激，最为常见的是“文化性迁移”，如由一种语言环境进入另一种语言环境，或由一个民族聚居区、一个国家迁入另一个民族聚居区、一个国家。在这种情况下，个体将面临一种生疏的生活方式、习惯与风俗，从而不得不改变自己原来的生活方式与习惯，以顺应新的情况。

（二）按生活事件的现象学分类

最常见的应激源是生活事件，其内容很广，许多事件还相互牵扯交织在一起，要做出准确而又避免重复的分类较困难，从现象学角度对生活事件内容进行归类。

1. 工作事件 是指工作环境或工作性质具备紧张性和刺激性，易使人产生不同程度的应激。常见的有：①长期从事高温、低温、噪音、矿井下等环境的工作。②高科技、现代化需要高度注意力集中和消耗脑力的工作。③长期远离人群（远洋、高山、沙漠）或高度消耗体力及威胁生命安全或是经常改变生活节律无章可循的工作或是长期从事单调重复的流水线工作，或是社会要求和个人愿望超出本人实际能力限度的工作，都可成为心理应激的来源。

2. 家庭事件 这是日常生活中最多见的应激源。如多次恋爱不成功或失恋，夫妻关系不和、两地分居、有外遇被发现、情感破裂、离婚，爱人患病、配偶死亡、本人患病、外伤、分娩、手术，子女管教困难，住房拥挤，经济拮据，有长期需要照顾的老年人、残疾人、瘫痪病人或是家庭成员之间关系紧张，都可成为长期慢性的应激事件。

3. 人际关系事件 包括与领导、同事、邻里、朋友之间的意见分歧和矛盾冲突等。

4. 经济事件 包括经济上的困难或变故，如负债、失窃、亏损和失业等。

笔 记

5. 社会和环境事件 每个人都生活在特定的自然环境和社会环境当中，无数自然和社会的变化，包括各种自然灾害、战争和动乱，社会政治经济制度变革、工业化、现代化和都市化所带来各种环境的污染，交通住房的拥挤、人口过度集中、失业、加快的生活节奏、知识的更新、竞争的加剧，物质滥用、酗酒、卖淫、嫖赌、偷盗等犯罪行为所造成的人为事件，都会成为某些人的应激源。研究证明，在和平稳定时期，个体与同事、领导之间的人际矛盾和冲突是很重要的生活事件。

6. 个人健康事件 指疾病或健康变故给个人造成的心理威胁，如癌症诊断、健康恶化、心身不适等。

7. 自我实现和自尊方面事件 指个人在事业和学业上的失败或挫折，以及涉及案件、被审查、被判罚等。

8. 喜庆事件 指结婚、再婚、立功受奖、晋升、晋级等，需要个体作出相应心理调整。

（三）按事件对个体的影响分类

按生活事件对当事人的影响性质，可分为正性和负性生活事件，是以当事人的体验作为判断依据。

1. 正性生活事件（positive events） 是指个人认为对自己具有积极作用的事件。日常生活中有很多事件具有明显积极意义，如晋升、提级、立功、受奖等。但也有在一般人看来是喜庆的事情，而在某些当事人身上同样出现消极的反应，例如结婚对于某些当事人却引起心理障碍，成为负性事件。

2. 负性生活事件（negative events） 指个人认为对自己产生消极作用的不愉快事件。这些事件都具有明显的厌恶性质或带给人痛苦悲哀心境，如亲人死亡、患急重病等。研究证明，负性生活事件与心身健康相关性明显高于正性生活事件。因为负性生活事件对人具有威胁性，会造成较明显较持久的消极情绪体验，从而导致机体出现病感或疾病。

（四）按生活事件的主观和客观属性分类

1. 客观事件（objective events） 某些生活事件的发生是不以人们的主观意志为转移的，是无法掌握无法控制的，多为突然发生的灾难如地震、洪水、滑坡、火灾、车祸、空难、海难、空袭、战争等，当然也包括人的生老病死事件。灾难事件或者创伤性事件可以引起强烈的急性精神创伤或延缓应激反应或创伤后应激障碍（post traumatic stress disorder，PTSD）。国内外诸多研究表明，该障碍往往病程迁延，严重影响患者的心理和社会功能。这类具有客观属性的事件在评定时其重测信度较高。

2. 主观事件（subjective events） 实际上，很多人就处在应激性环境之中，如居住条件差、工资收入低，父母、子女、夫妻、邻里、同事、上下级之间长期关系紧张，晋升提级受到挫折，工作学习负担过重，对职业不满意而又无法改变等等。但这些事件相对地是可以预料和可以被个人所控制的，并具有一定的主观属性。主观事件在评定时其重测信度较低。

二、应激源的研究

（一）生活事件的量化研究

1967 年，美国华盛顿大学医学院的精神病学专家 Homes 和 Rahe 通过对 5000 多人进行社会调查和实验所获得的资料编制了“社会再适应评定量表”。量表中列出了 43 种生活事件，每种生活事件标以不同的生活变化单位（life change units，LCU），用以表示事件对个体的心理刺激强度。其中配偶死亡事件的心理刺激强度最高为 100LCU，当事人需要去重新适应所需付出的努力程度也最大，与健康的关系也最为密切。其他有关事件 LCU 量值按次递减，如结婚为 50，微小违规最低为 11。利用这个量表可以检测一个人在某一段时间内所经历的各种生活事件，并以生活变化单位 LUC 的总量来表示。

笔记

Holmes 早期研究发现，LCU 一年累计超过 300，第二年有 86% 的人将会患病；若一年 LCU 为 150～300，则有 50% 的人可能在第二年患病；若一年 LCU 小于 150，第二年可能平安无事身体健康。Rabkin（1976）研究发现生活变化单位的升高与突然的心源性死亡、心肌梗死、结核、白血病、多发性硬化、糖尿病、运动创伤和交通事故有类似的相关性。

《社会再适应评定量》表发表以后，学者纷纷致力于生活事件的性质、种类、发生频度、持续时间等因素与有关疾病如神经症、躯体疾病和心身疾病之间关系的调查。国内张明园（1987）编制了同类生活事件量表。但是，随着研究报告的增多，一些研究发现，《社会再适应评定量》这种客观定量的生活事件单位与疾病的相关程度较低（r=0.30～0.40），有的研究还证明没有相关。这说明评定生活事件所致的应激强度和应激反应的类型还应考虑许多其他因素的影响，如个体的认知评价、应对方式、人格特征和生理素质等。以后，各种以被试者自己估计应激强度的生活事件量表编制出版。在这些量表中各种生活事件由被试按事件对自己的影响程度作出认识评分，并以事件的正、负性质分别计分和统计。这些量表所获的生活事件分与健康和疾病的相关性有明显的提高。国内杨德森（1988）等编制的生活事件量表即属于这一类型。

（二）应激源的属性与健康和疾病关系研究

早期的研究结果显示，伴有心理上丧失感的生活事件，例如配偶的死亡，对健康的危害最大。有人对新近配偶死亡的 903 名男性作了 6 年的追踪观察，结果发现，居丧第一年对健康的影响最大，其死亡率为对照组的 12 倍。后期的研究进一步阐明了生活事件的质和量与健康和疾病的关系。中国科学院心理研究所和北京医科大学对钢铁工人进行的调查发现有三种刺激因素对疾病发生的影响最大，它们是：①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快的情绪；②工作中或家族中人际关系不协调；③亲人的意外死亡或者突然的意外事故，是造成应激和致病的重要原因。对癌症病人（姜乾金等，1987）的研究发现，"家庭不幸事件"、"工作学习过度"和"人际关系不协调"等生活事件可能有重要意义。与疾病关系密切应激源是负性生活事件，最严重的是丧偶、家庭成员的死亡（郑延平等，1990）。还有学者的研究表明，不可预料、不可控制的负性生活事件对人威胁更大。在致病机制研究方面，生活事件如何导致机体发病的详细机制还不清楚。Rahe 认为，生活事件仅是引起疾病的危险因素，类似血清胆固醇升高与冠心病发病之间的关系。生活事件对人体免疫功能有影响，亲人病故、夫妻离异、事业受挫、遭受歧视等事件经大脑的认知评价后引起悲哀、抑郁、孤独等负性心理体验，进而导致一系列生理生化及免疫系统的改变。Bartrop 等首先报道丧偶后细胞免疫功能低下。随后 Schlaif 等发现在丧偶前细胞免疫水平没有显著的改变，丧偶后的 2 个月则明显低下，一年后才恢复到丧偶前水平。家庭的破裂也可见到相似的结果，经历婚变后的妇女，她们有严重的情感障碍，其淋巴细胞的反应性、TH 细胞、NK 细胞的百分率皆显著降低，而 EB 病毒抗体滴度增高，反映离异者细胞免疫受损。可见，"丧失"导致的悲伤对免疫功能造成影响。后期的研究证明，应激源的不同属性如强度（如创伤性应激）、时程（急性、慢性）、可控性等均是影响致病的因素，其致病的机制也有所差异。

第三节 应激过程的中介机制

一、应激的心理中介

（一）认知评价

1. 认知评价的概念 评价（evaluation or appraisal）是指个体对遇到的生活事件的性质、程度和可能的危害情况作出估计。Folkman 和 Lazarus（1984）将个体对生活事件的认知评价过程分为初级评价（primary appraisal）和次级评价（secondary appraisal）。初级评价是个体在某一事件发生时立即通过认知活动判断其是否与自己有利害关系。一旦得到有关系的判断，个体立即会对

笔记

事件的性质(如是否可以改变)、属性(如是丧失、威胁还是挑战)和个人的能力作出估计,这就是次级评价。伴随着次级评价,个体会同时进行相应的应对活动:如果次级评价事件是可以改变的,采用的往往是问题关注应对;如果次级评价为不可改变,则往往采用情绪关注应对(图6-3)。可见,认知评价在生活事件到应激反应的过程中起重要的中介作用。

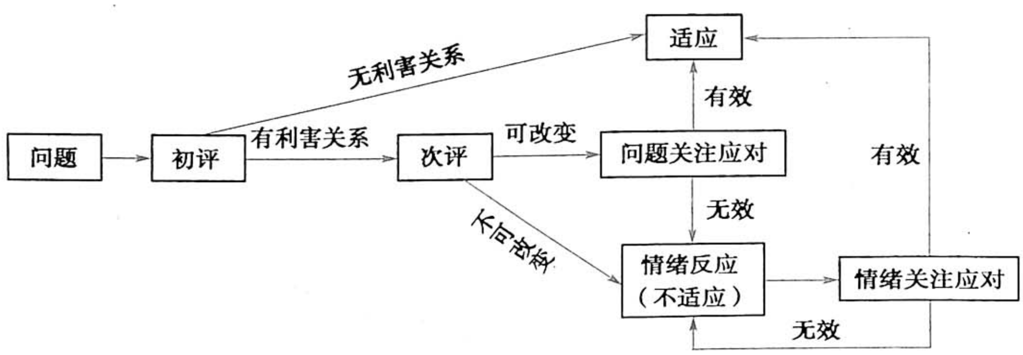


图6-3 认知、应对与应激过程

2. 认知评价的研究

(1)认知因素在应激中的作用 对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和心身反应,因而是生活事件到应激反应的关键中介因素之一。上一节提及的以客观计分标准。

研究生活事件和心身健康关系所存在的问题,其原因之一就是因为未考虑个人对事件的真实评价。

Lazarus 早期曾认为,应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时,具体的说是关于对需求以及处理需求的能力的察觉和评估,甚至认为应激不决定于具体的刺激和反应。

认知评价本身也受其他各种应激有关因素的影响,如社会支持一定程度上可以改变个体的认知过程,个性特征也间接影响个体对某些事件的认知,而生活事件本身的属性不能说与认知评价无关。所以,在近年的许多实际病因学研究工作中,虽然仍将认知因素作为应激的关键性中间变量来对待,但毕竟还要考虑其他有关应激因素的综合作用。

(2)认知因素的量化 认知评价在应激过程和心理病因学中的重要性与其量化研究程度两者之间并不相称。虽然 Folkman 本人曾对认知评价活动进行过定量研究,但至今尚缺乏经典的用于对生活事件作出认知评价的测量工具。不过目前一些自我估分的生活事件量表,实际上已部分结合个人认知评价因素。在临床心理研究工作中,也可以采用问卷或访谈的方法,让被试对有关事件的认知特点一一做出等级评估。近年有不少类似研究结果都证明认知评价在生活事件与疾病的联系中确实起着重要的中介作用。

(二)应对方式

1. 应对的概念 应对(coping)又称应付。由于应对可以被直接理解成是个体解决生活事件和减轻事件对自身影响的各种策略,故又称为应对策略(coping strategies)。目前一般定义为,应对是个体对生活事件以及因生活事件而出现的自身不稳定状态所采取的认知和行为措施。

顺便指出,心理防御机制(defense mechanism)与应对比较相近。也有学者认为防御机制是应对方式的一个类别。但两者理论基础不同,前者是精神分析理论的概念,是潜意识的;后者是应激理论的概念,主要是意识的和行为的。但两者也存在着一定联系,例如两者都是心理的自我保护措施;目前应对量表中也包含着许多心理防御性质的条目如合理化、压抑、迁怒等。

应对概念的内涵、外延、性质、种类与其他心理社会因素的关系以及在应激过程中的地位等问题至今仍不统一,在具体讨论过程中均易引出歧义和异议,是应激研究中颇具争论性的问题。

实际上,应对概念的涵义是很广的,或者说应对是多维度的。

笔记

姜乾金(2002)以"过程"论为基础,以国外应对量表中出现的各种因子为分析对象,发现应

对活动实际上涉及应激作用过程的各个环节(图6-4)。

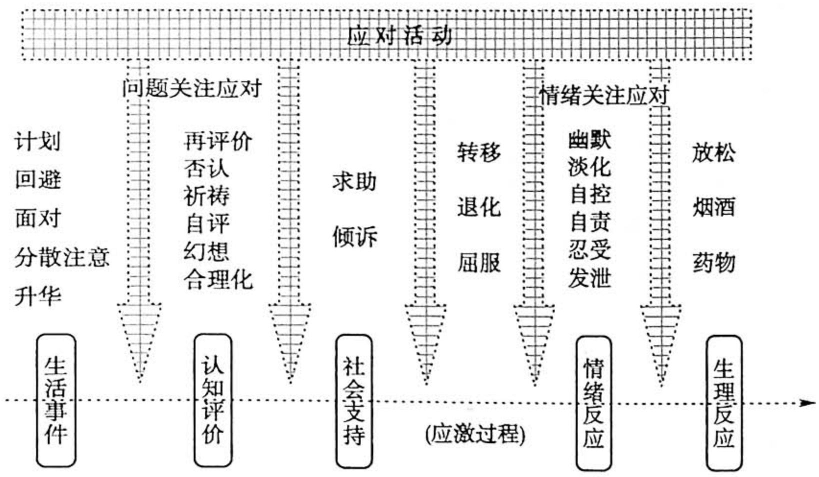


图6-4 应对与应激过程的关系

2. 应对的分类 如果从应对的主体角度看,应对活动涉及个体的心理活动(如再评价)、行为操作(如回避)和躯体变化(如放松)。目前多数应对量表兼有这几方面的应对条目内容。从应对的指向性看,有的应对策略是针对事件或问题的,有的则是针对个体的情绪反应的,前者为问题关注应对(problem-focused coping),后者为情绪关注应对(emotion-focused coping)。目前多数应对量表兼有这两方面的应对条目内容。

从应对是否有利于缓冲应激的作用,从而对健康产生有利或者不利的影响来看,有积极应对和消极应对。目前这方面的理论和具体研究较少。

从应对策略与个性的关系来看,可能存在一些与个性特质(trait)有关的、相对稳定的和习惯化了的应对风格(coping styles)或特质应对。例如,日常生活中某些人习惯于幽默,而有些人习惯于回避(借酒消愁)。与前述的过程研究相对应,以特质应对理念进行的应对研究曾被称为特质研究(trait-oriented approach)。

3. 应对的研究 目前,关于应对是应激事件和应激心身反应的重要中介变量的观点已被广泛接受。有关应对在心理应激过程中的作用及其在心理病因学中的意义的研究已成为心理应激研究中很活跃的一个领域。

(1)应对与心理病因学研究:在应对研究领域,许多是围绕应对在心理病因学中的意义的。以癌症研究为例,许多资料证明癌症的发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会因素的影响。由于癌症本身作为一种严重的生活事件,对患者又起着心理应激源的作用,使癌症患者往往采用更多的应对策略,癌症的转归、预后、患者的生活质量、康复等(可看作应激结果)也就明显受患者各种应对策略的影响。因此,通过对癌症患者应对活动特点、影响因素和作用规律的研究,除了可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据以外,也可以通过对癌症患者应对策略及其与应激有关因素相互关系的认识,从临床实际研究的角度揭示应对和应激过程之间的理论关系。

(2)应对与其他应激因素关系的研究:研究证明,应对与各种应激有关因素存在相互影响和相互制约的关系。应对与生活事件、认知评价、社会支持、个性特征、应激反应等各种应激因素相关,还与性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

(3)应对的量化研究:由于应对分类尚无统一的认识,故应对的测定方法也多种多样。

Folkman和Lazarus 1980年编制,1985年修订的应对量表将应对分为8种:对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评,分别被划归为问题关注应对和情绪关注应对两大类。这是经典的应对过程研究问卷。从早期的背景资料中可以看出,在不同事件和不同对象中,该问卷条目

笔记

的主成分筛选结果一致性较低。

国内肖计划等(1995)筛选出包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化6种应付方式的应付方式问卷。

卢抗生等(2000)修订自Folkman等的老年应对问卷,包含5种应对方式:面对、淡化、探索、幻想、回避,分别被划归为积极应对和消极应对两类。

姜乾金等(1987,1993,1999)以应对的特质研究思路,采用因素筛选与效标考察相结合的方法,将一组与一定的个性特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对,最后形成特质应对问卷。特质应对反映的是个体内部某些相对稳定的、具有习惯化倾向的应对方式或应对风格。

沈晓红等(2000)修订的Feifel医学应对量表包含病人的3种疾病应对策略:面对、回避和屈服。这3种应对方式代表了人们在遇到疾病威胁时的基本行为方式。

随着对应对认识的不断发展,应对研究领域也不断拓展。从"广义"的应对角度展开研究,例如上述应对量表及其各种修订本,是试图将个体在生活事件中的各种可能应对策略尽数列入研究范围。从相对"狭义"的应对角度进行研究,则选择研究针对疾病这一特定事件的应对策略,如Levine的否认机制问卷更只选择研究心肌梗死病人对待疾病的否认应对策略,特质应对方式问卷只选择那些与个性有关、与个体健康有关的特质应对条目等。另外,从个体发展的角度进行的研究发现,应对方式存在年龄差异,儿童、青少年和成年人对应激事件采用的应对策略不同。

(三)社会支持系统

1. 社会支持的概念与分类 社会支持(social support)是指个体与社会各方面包括亲属、朋友、同事、伙伴等以及家庭、单位、党团、工会等社团组织所产生的精神上和物质上的联系程度。在应激研究领域,一般认为社会支持具有减轻应激的作用,是应激作用过程中个体"可利用的外部资源"。

社会支持所包含的内容相当广泛,可从多个维度进行分类。例如客观支持与主观支持。客观支持指一个人与社会所发生的客观的或实际的联系程度,例如得到物质上的直接援助和社会网络。这里的社会网络是指稳定的(如家庭、婚姻、朋友、同事等)或不稳定的(非正式团体、暂时性的交际等)社会联系的大小和获得程度。主观支持指个体体验到在社会中被尊重、被支持、被理解和满意的程度。许多研究证明,个体感知到的支持程度与社会支持的效果是一致的。

2. 社会支持的研究 在社会支持与心理病因学研究方面,研究证明社会支持与应激事件引起的心身反应成负相关,说明社会支持对健康具有保护性作用,可以降低心身疾病的发生和促进疾病的康复。

有证据表明,幼年严重的情绪剥夺,可产生某些神经内分泌的变化,如ACTH及生长激素分泌不足等。Thomas等研究256名成人的血胆固醇水平、血尿酸水平及免疫功能。通常应激会使血胆固醇水平升高,血尿酸水平升高,免疫功能降低。他们发现,社会相互关系调查表的密友关系部分社会支持得分高,则血胆固醇水平及血尿酸水平低,免疫反应水平高。这一变化与年龄、体重、吸烟、酗酒、情绪不良体验等因素无关。

动物实验也证明社会支持与心身健康之间的肯定联系。有人发现在实验应激情境下,如果有同窝动物或动物母亲存在、有其他较弱小动物存在或有实验人员的安抚时,可以降低小白鼠胃溃疡、地鼠的高血压、山羊的实验性神经症和兔的动脉粥样硬化性心脏病的发生。相反,扰乱动物的社会关系,如模拟的"社会隔离"可导致动物行为的明显异常。

3. 社会支持与其他应激因素关系的研究 研究证明个体的社会支持程度与各种应激因素存在交互关系。例如,许多生活事件本身就是社会支持方面的问题;认知因素影响社会支持的获得特别是影响主观支持的质量;社会支持与应激反应程度也有关系。Saranson等(1981)发现社

笔记

会支持数量与艾森克个性问卷的外向分呈正相关，而社会支持数量和社会支持满意程度二者均与神经质分呈负相关，说明社会支持与个性有一定的联系。

4. 社会支持保护健康的机制研究　有两种理论解释：

（1）缓冲作用假说：该假说认为社会支持本身对健康无直接影响，而是通过提高个体对日常生活中伤害性刺激的应对能力和顺应性，从而削减应激反应，起到缓冲生活事件的作用。例如Blumenthal（1987）证明，社会支持能改善A型行为者的冠心病临床过程。

（2）独立作用假说：该假说认为社会支持不一定要在心理应激存在下才发挥作用，而是通过社会支持本身的作用以维持个体良好的情绪进而促进健康。例如有资料显示，与世隔绝的老年人比密切联系社会的老年人相对死亡率高。社会支持低下本身可能导致个体产生不良心理体验，如孤独感、无助感，从而使心理健康水平降低。这说明充分利用社会支持和提高个体被支持的主观体验对健康有直接的意义。

5. 社会支持的量化研究　由于社会支持涉及面广，除了采用多维的分类方式外，还形成了不同的社会支持量表。

肖水源（1987）总结文献将社会支持分为主观支持、客观支持和利用度3类，并形成一项社会支持量表。

Blumenthal（1987）等在领悟社会支持量表中，将社会支持分为家庭支持、朋友支持和其他人支持3类。该量表已由姜乾金等引进。

在Wilcox（1982）的社会支持调查表中，社会支持分为情绪支持、归属支持和实质支持。

Sarason等（1981）的社会支持问卷有两个维度：社会支持的数量，即在需要的时候能够依靠别人的程度；对获得的支持的满意程度。

（四）个性特征

1. 个性与应激因素的关系　作为应激系统中的诸多因素之一，个性与生活事件、认知评价、应对方式、社会支持和应激反应等因素之间均存在相关性。因此，应激系统模型将个性看成是应激系统中的核心因素。

个性可以影响个体对生活事件的感知，有时甚至可以决定生活事件的形成。许多资料证明，个性特征与生活事件量表分之间特别是主观事件的频度以及负性事件的判断方面存在相关性。

态度、价值观和行为准则等个性倾向性，以及能力和性格等个性心理特征因素，都可以不同程度地影响个体在应激过程中的初级评价和次级评价。这些因素决定个体对各种内外刺激的认知倾向，从而影响对个人现状的评估。事业心太强或性格太脆弱的人就容易判断自己的失败，个性有缺陷的人往往存在非理性的认知偏差，使个体对各种内外刺激发生评价上的偏差，可以导致较多的心身症状。

个性影响应对方式。前文已述及，个性特质在一定程度上决定应对活动的倾向性即应对风格。不同人格类型的个体在面临应激时可以表现出不同的应对策略。Folkman曾根据"情绪关注"类应对的跨情境重测相关高于"问题关注"类，认为情绪关注类应对更多的受人格影响。Glass等（1977）的研究发现：当面对无法控制的应激时，A型行为模式的人与B型行为模式的人相比，其应对行为更多的显示出缺乏灵活性和适应不良。而Vingerhoets和Flohr的研究却提示：面临应激环境时，A型行为模式的人较B型行为模式的人更多地采用积极正视问题的应付行为，而不是默认。同时还发现A型行为模式的人不像B型行为模式的人那样易于接受现实，对问题的起因他们更多地强调自身因素而不是环境。

个性特征间接影响客观社会支持的形成，也直接影响主观社会支持和社会支持的利用度水平。人与人之间的支持是相互作用的过程，一个人在支持别人的同时，也为获得别人对自己的支持打下基础，个性孤僻、不好交往、万事不求人的人是很难得到和充分利用社会支持的。

笔记

个性与应激反应的形成和程度也有关。同样的生活事件，在不同个性的人身上可以出现完全不同的心身反应结果。

2. 个性在心理病因学研究中的意义 个性与健康的密切联系早有研究，早期精神分析论者甚至试图说明不同的人格与几种经典的心身疾病之间存在内在联系。近几十年有大量的个性调查研究，证明某些个性因素确与多种疾病的发生发展有关，但其特异性并不高。许多资料证明，特定的个性确易导致特定的负性情绪反应，进而与精神症状和躯体症状发生联系。这说明情绪可能是个性与疾病之间的桥梁。但这一认识并未能进一步解释个性与情绪之间的联系又是如何的。心理应激研究为此提供了解释：在应激作用过程中，个性与各种应激因素存在广泛联系，个性通过与各因素间的互相作用，最终影响应激心身反应的性质和程度，并与个体的健康和疾病相联系。

二、应激的生理中介

应激的生理中介是指参与介导或调节应激源和应激生理反应的生理解剖结构和功能系统。早期的研究关注功能系统，最近的研究则指向更微观的水平。

（一）应激系统

1. "应激系统（stress system）"的概念 Chrousos 和 Gold（1992）提出"应激系统"的概念，认为应激系统是应激综合征的效应器。"应激系统"包括促皮质素释放激素、蓝斑-去甲肾上腺素/自主神经系统，以及它们的外周效应器（垂体-肾上腺皮质轴和自主神经系统支配的组织）。应激系统的概念强调应激相关的生理基础是一个复杂的、互动的整体，应激反应通常是通过神经系统、内分泌系统和免疫系统的中介途径而发生的。

2. 应激生理中介相关成分 除 Chrousos 和 Gold 提出经典应激系统成分，最近几十年的研究发现，应激的生理中介包含更多的成分和内容。

（1）交感-肾上腺髓质系统：是机体面对急性应激时，尤其是个体认为具有威胁性的情形时发生反应的功能系统。此时，交感神经末梢释放去甲肾上腺素，肾上腺髓质释放去甲肾上腺素和肾上腺素，后者与受体结合引起器官功能和激活水平的变化。

（2）自主神经系统：自主神经系统经由下丘脑的调节，通过交感神经和副交感神经的平衡调节机体的放松和应激水平。没有紧急情况时副交感神经活动处于优势，机体处于"休养"过程。紧急情况下交感神经活动处于优势如心率加快保证防御时骨骼肌所需的血液供应、瞳孔扩大以改善视觉等。

（3）下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴：这个系统受中枢神经系统调控。作为对来自中枢神经系统的刺激的反应，下丘脑释放促肾上腺皮质激素释放激素，传送到腺垂体，引起腺垂体分泌促肾上腺皮质激素，进入血液循环，引起肾上腺皮质分泌肾上腺皮质激素。在无应激情况下，肾上腺皮质激素对下丘脑释放促肾上腺皮质激素有直接的负反馈效应而达到稳态，而在应激情况下这种负反馈效应和稳态受到破坏。应激情况下肾上腺皮质激素的分泌对于某些代谢性的应激反应（如发热、炎症等）有启动作用，构成一种减少应激源的危害的机制。

（4）内源性阿片系统：内源性阿片系统也可能在应激时起到积极应对的作用，通过减少恐惧、镇痛，以及抑制和疼痛有关的退缩行为，对搏击和其他应对反应有一定意义。但这个系统可能与经历不可控的应激刺激之后的行为表现消沉有关。例如 Millan&Emrich（1981）对人体使用吗啡不仅可以镇痛，还能减少在不利条件下的焦虑感和预期的疼痛。

（5）性腺轴：应激时下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的激活，来自这个轴系的反馈作用于下丘脑，对性腺轴的功能产生影响，可导致促性腺激素释放的减少，繁殖能力受损。

（6）肾素-血管紧张素-醛固酮系统：应激时肾脏可分泌肾素，肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活，使血压升高，通过肾脏排泄水、钠减少。

笔记

(7)免疫系统:包括免疫器官、细胞和免疫分子。免疫系统对不同应激的反应有所差别。如当暴露于不可控制的应激刺激(如丧偶、睡眠剥夺)时,一开始使人体免疫功能抑制,对疾病的易感性提高,而随后可能反应为免疫功能增强或紊乱。

(8)关于"情绪脑区":一般认为边缘系统为"情绪脑区",近年来研究指出,下丘脑内存在防御反应带(defense zone),位于下丘脑中线两旁的腹内侧区,该区与情绪反应有关的生理活动的控制有关。下丘脑内控制情绪行为反应的中枢,也参与对心血管活动的调节。

(二)应激生理中介相关的细胞与分子机制

研究显示,应激可导致细胞和分子水平的生物信号通路的启动和紊乱。这些信号通路的变化是应激相关障碍(疾病)发生的基础,构成了应激生理中介相关的细胞和分子机制。

1. 氧化应激　研究提示,各类应激刺激如束缚应激、睡眠剥夺和社会孤立均可通过升高糖皮质激素水平,导致器官和组织活性氧增加,脂质过氧化物堆积、细胞缺氧等变化。提示应激可通过氧化应激导致机体损伤。

2. 细胞凋亡　大量研究均证实应激启动细胞凋亡,其基本途径是应激导致糖皮质激素大量分泌,使糖皮质激素受体分布较多的部位如海马、纹状体等的细胞处于长期高水平的兴奋状态,导致细胞兴奋型毒性发生,启动细胞凋亡程序,导致细胞的凋亡和坏死。

3. 代谢应激　慢性应激可抑制糖运输,导致能量供应障碍,影响细胞的代谢、增殖和分化,加速衰老过程。是某些疾病如早老性痴呆和认知功能障碍的基础。此外,应激导致的糖皮质激素水平升高可以导致胰岛素抵抗,使能量供应障碍,也加速衰老过程。

4. 神经营养因子分泌异常　各类应激刺激降低神经营养因子的分泌,使细胞保护机制减弱,导致神经系统的可塑性降低和局部神经网络调节紊乱,引发器官功能障碍。

(潘　芳)

第四节　应激反应

一、概　念

应激反应(stress reaction)是心理学的重要概念,对人的心理健康有重要影响的心理现象,指个体因为应激源所致的各种生物、心理、社会、行为方面的变化,常称为应激的心身反应(psychosomatic response)。不过,由于各种应激因素存在交互关系,在应激研究中要对应激反应概念作严格的界定,实际上有一定的难度。例如,个体由于生活事件引致的认知评价活动,其本身就是事件引起的一种心理"反应"。同样,许多应对活动也可以被看成是对生活事件的"反应",甚至许多继发的事件也仅仅是个体对原发事件的进一步"反应"。需要提及的是人们虽然普遍接纳应激反应包括"刺激"及"反应"两个部分,但由于历史或职业的缘故,在部分心理学及医学学术领域,仍有许多学者使用"应激"概念,此概念往往近乎于应激反应。

二、应激的生理反应

1929年坎农(Cannon)在《疼痛、饥饿、恐怖、暴怒时的身体变化》一书中提到"应急"或"战或逃"反应,20世纪30年代塞里(Selye)提出的"一般适应综合征(GAS)",其主要内容多是描述应激的生理反应。随后瑞士生理学家瓦尔特·鲁道夫·赫斯(Walter Rudolf Hess)发现大脑的某些部位决定和协调内脏器官功能,发现自主功能的中心在脑底部——延髓、间脑,特别是下丘脑,并与埃加斯·莫尼兹(Egas Moniz)共获1949年诺贝尔奖。在赫斯研究的基础上,1967年Gellhorn提出自主－整合理论模型,即通过两个相互作用又相互对立的神经生物系统的动态稳定来调节自主神经系统及躯体内脏功能,包括非特异反应系统(ergotropic system)和向营养性系统

笔记

(trophotropic system)。

目前来看,应激的生理反应以及最终影响心身健康的心身中介机制(mediating mechanism)涉及神经系统、内分泌系统和免疫系统。必须指出,这三条中介途径其实是一个整体,而且其中有关细节问题正是目前深入研究的领域。各种应激刺激通过脑干的感觉通路传递到丘脑和网状结构,而后继续传递到涉及生理功能调节的自主神经和内分泌的下丘脑以及涉及心理活动的"认知脑"区和"情绪脑"区。在这些脑区之间有广泛的神经联系,以实现活动的整合;另一方面通过神经体液途径,调节脑下垂体和其他分泌腺体的活动以协调机体对应激源的反应。应激的生理反应最终可涉及全身各个系统和器官,甚至毛发。

从应激生理反应模块理论来看,目前有两大理论模块得到专家共识。

1. "应急反应" 最经典的应激的生理反应模块是 Cannon 描述的"应急反应(emergency reaction)",是个体在感受到威胁与挑战时机体发生的"搏斗或逃跑"反应。应急反应是一种"内置的",对情绪刺激的先天反应,这种反应的自主成分使机体做好搏斗或逃跑的积极准备。应急反应时涉及的生理变化有:交感-肾上腺髓质系统激活,交感神经兴奋;心率加快,心肌收缩力增强,回心血量增加,心输出量增加,血压升高;呼吸频率加快,潮气量增加;脾脏缩小,脑和骨骼肌血流量增加,皮肤、黏膜和消化道的小动脉收缩,血流量减少;脂肪动员为游离脂肪酸,肝糖原分解为葡萄糖;凝血时间缩短等。

应急反应在动物的防御反应(defensive reaction)和人的积极应对反应(active coping reaction)中能观察到。

2. 伴有负性情绪且个体认为没有应对可能性的应激反应 这里描述的是一种慢性应激状态下的生理反应,该慢性应激状态以环境中有应激源、伴有负性情绪、对环境控制的缺乏或个体认为没有应对的可能性为特征。在对人的研究中,一个典型的自然情况是经历丧亡,经历丧亡者的环境中有应激源(如失去爱人的持续状态),伴有负性情绪(与失去爱人有关的悲伤、愤怒、无望等),对环境控制的缺乏(无法改变失去爱人的事实)。其余自然情况还有经历不可逆转的伤残、某些与工作有关的慢性应激等。在对人的实验研究中可设置抑制应对的情况。在动物实验研究中一个例子是设置无法回避的反复电击。其他例子如 Porsolt 等设计的用于研究抗抑郁药物的强迫游泳模型(Porsolt, Pichon&Jalfre, 1977)。

伴有负性情绪而且个体认为应对没有可能性时的应激反应中,下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴激活,极度警惕,运动抑制,交感神经系统激活,外周循环阻力增加,血压升高,但是心率和心输出量在副交感神经系统介导下减慢。

肾上腺皮质激素分泌的增加在临床抑郁患者中很常见(Sachar, 1976),在经历丧亡者中也很常见(Carroll, 1976)。后者情况下,地塞米松抑制试验对于抑制肾上腺皮质激素的释放是无效的。动物实验表明,肾上腺皮质激素分泌的增加与对环境控制的缺乏(环境中有应激源,而且没有应对的可能性)是密切相关的(Weiss, 1972; Snowden, 1976)。动物实验还发现,对环境的控制与肾上腺皮质激素水平的关系可扩展到在群体里的统治等级与肾上腺皮质激素水平的关系,统治等级越低的个体的肾上腺皮质激素水平越高(Candland&Lesher, 1974)。

三、应激的心理反应

如前所述,应激涉及大脑的多个脑区,可引起众多心理现象,大脑对应激的心理反应存在积极和消极两个方面,积极的心理反应会刺激大脑皮层使觉醒水平增加,感觉灵敏,知觉准确,思维敏捷,认知评价清晰,注意力集中,行动果断,情绪紧张高亢。消极的心理反应会出现过度紧张、焦虑不安,认知水平降低,情绪波动大,思维混乱,行动犹豫不决,判断力与决策能力降低。具体来讲应对的心理反应涉及认知、情绪及行为三个方面,这三方面的反应不是孤立的,通常是双向调节,构成一个反馈回路系统。

笔记

（一）情绪性应激反应

个体在不同应激源的刺激下，产生程度不同的情绪反应（emotional response），以下介绍常见的情绪反应。

1. 焦虑（anxiety） 是最常出现的情绪性应激反应，当个体预感危机来临或预期事物的不良后果时出现紧张不安，急躁、担忧的情绪状态，这里指的是"状态焦虑"（state anxiety），由应激源刺激引发的。还有一种为特质焦虑（trait anxiety），指无明确原因的焦虑，与焦虑性人格有关。适当的反应性焦虑可以提高人的觉醒水平，是一种保护反应；而过度和慢性的焦虑则会削弱个体的应对能力和自主神经功能紊乱。

2. 抑郁（depression） 消极、悲观的情绪状态，表现为兴趣活动减退，言语活动减少，无助感、无望感强烈，自我评价降低，严重者出现自杀行为，常由丧失亲人、离婚、失恋、失业、遭受重大挫折和长期慢性躯体疾病引发，属外源性抑郁。还有一种为内源性抑郁，与人大脑自主调节心境情绪功能下降和遗传变异生物信号传递紊乱等内在素质有关。

3. 恐惧（fear） 企图摆脱有特定危险的情境或对象时的情绪状态。适度的恐惧有助于激活警觉期动员途径，使注意力集中而防御风险，但常常缺乏应对的信心，表现为逃跑或回避，严重时出现行为障碍和社会功能的损失。

4. 愤怒（anger） 与健康和疾病关系最直接的是应激的情绪反应。常见的应激情绪反应包括焦虑、恐惧、愤怒、抑郁等，实际上应激能唤起焦虑、恐惧、愤怒、受挫感、冲突、压力、伤害、悲伤、迷惑、力不从心、内疚、羞耻、孤独、抑郁等几乎所有种类的负性情绪。负性情绪反应还可与其他心理行为活动产生相互影响，使自我意识变狭窄、注意力下降，判断能力和社会适应能力下降等。

（二）认知性应激反应

应激时唤起注意和认知过程，以适应和应对外界环境变化。但应激较剧烈时，认知能力普遍下降。常见的认知性应激反应表现为：意识障碍，如意识朦胧、意识范围狭小；注意力受损，表现为注意力集中困难、注意范围狭窄等；记忆、思维、想象力减退等。认知能力下降的一个解释是应激下唤醒水平超过了最适水平，会影响认知功能。此外，情绪性应激反应如焦虑、抑郁等，也会影响注意、记忆、思维等认知过程。

这些负面的认知性应激反应使人陷入灾难中，难以自拔。如

1. 偏执（paranoia） 个体在应激后出现认知狭窄、偏激、钻牛角尖，平日非常理智的人变得固执、蛮不讲理。也可表现为过分的自我关注，注意自身的感受、想法、信念等内部世界，而非外部世界。

2. 灾难化（catastrophizing） 个体经历应激事件后，过分强调事件的潜在即消极后果，引发了整日惴惴不安的消极情绪和行为障碍。

3. 反复沉思（rumination） 不由自主对应激事件反复思考，阻碍了适应性应对策略如升华、宽恕等机制的出现，使适应受阻。这种反复思考常带有强迫症状的性质。

4. 闪回（flashback）**与闯入**（intrusive） 性思维经历严重的灾难性事件后，生活中常不由自主的闪回灾难的影子，活生生的，就好像重新经历一样；或者是脑海中突然闯入一些灾难性痛苦情境或思维内容，表现为挥之不去。此为创伤后应激障碍的重要症状特点。

另一方面，某些认知反应可以是心理防御机制的一部分，如否认、投射等等，还有某些重大应激后可出现选择性遗忘。

（三）行为性应激反应

当个体经历应激源刺激后，常自觉或不自觉在行为上发生改变，以摆脱烦恼，减轻内在不安，恢复与环境的稳定性。积极的行为性应激可为患者减少压力，甚至可以激发主体的能动性，激励主体克服困难，战胜挫折。而消极的行为性应激则会使个体出现回避、退缩等行为。包括

笔记

应对策略及防御机制。应对策略是指人们有意识的采取行动,例如对应激源的回避。防御机制指对应激源无意识的反应,在本章其他章节已有详细叙述,本章不再赘述。本节仅介绍积极及消极的行为应对反应。

1. 积极的行为应激反应包括问题解决策略及情绪缓解策略。前者发挥主观能动性改变不利环境,后者改变自己对事件的情绪反应强度。

(1)问题解决策略包括

①寻求社会支持:拥有的好的社会支持常常会带来很多资源和能量。②获得解决问题需要的信息:全面了解应激源,正确认识压力,了解解决问题的方法,获得更多的选择。③制定解决问题需要的计划:制定计划,并实施计划。④面对问题,找到切入点:直面问题,直面应激源,能动的适应并改造境遇。

(2)情绪缓解策略包括

①宣泄情绪:向他人表达自己的情绪。②改善认知:评估事件,了解哪些是可以改变的,而哪些又是需要接受的,改变对事物的期待。③行为放松训练:放松训练、瑜伽、观呼吸法、冥想等都是积极的应对策略。④回避问题:避开可以引起痛苦回忆的人或事,回避困难。

当遇到应激事件后,个体常常选择使用不同的应对策略缓解压力,面对困难。但并非所有的应对策略都是适应性的,例如在事件发生的早期,回避策略会阻止个体寻找解决问题的方法。

2. 适应不良的行为性应激反应早期常可减轻人们的应激反应,但长远观察,常常引发不良的后果。包括:

(1)逃避(escape)与回避(avoidance):这是一种常见的消极性的应激反应,这里有一个有趣的比喻,在沙漠中鸵鸟遇到危险时常把头埋在沙堆里,以为看不见则危险不存在。逃避指已经接触应激源后远离应激源的行为;回避指预先知道应激源会出现,而提前远离(如拖延、闭门不出、离家出走、离校、辞职等)。

(2)退化(regression)与依赖(dependence):个体经历创伤事件后表现出不成熟的应对方式,失去成人式解决问题的态度和方法,退行至小孩的阶段。退行常伴有依赖心理和行为(如就地打滚,退化到孩子的反应方式)。

(3)敌对(hostility)与攻击(attack):个体出现过激的情绪反应,过激的行为,其共同的心理基础是愤怒,有时甚至出现自伤及伤人行为(如争吵、冲动、伤人、毁物、自伤、自杀等)。

(4)无助(helplessness)与自怜(self- pity):无助是指无能为力、无所适从、持宿命论的行为状态,其心理基础常有抑郁的成分。无助常使人无法主动摆脱不利的情境。(如听天由命)自怜指自己可怜自己,心理基础包含对自身的焦虑和愤怒等成分。多见于性格孤僻、孤芳自赏、独居、对外界环境缺乏兴趣者。

(5)物质滥用(substance abuse):某些个体在经历应激事件后会选择通过饮酒、吸烟或服用某些药物的行为方式来转移痛苦,这些不良的行为方式通过负强化机制逐渐称为个体的习惯(如饮酒或服用过量的精神活性药物等)。

(刘破资 冯 坤)

第五节 应激的医学后果

一、应激的后果

(一)应激事件刺激后,按照发生应激时间的长短分为:

1. **急性应激** 是机体受到突然强烈的刺激后发生的应激。

2. **慢性应激** 是机体在长期而持久的压力状态下发生的应激。

笔记

（二）根据应激的后果，常常有3种转归。

1. 适应　当应激源作用于机体时，机体为保持内环境平衡而改变的过程。

所有的生物应对行为的最终目标为适应，个体通过保持内环境稳态，并调整自己的情绪、认知、行为，使之最终适应社会生存。具体表现为生理层面积极应对，免疫力短暂增强，心理层面承受力、信心、应对能力增强，人际层面改善人际关系，获得更多的社会支持等。

2. 不适应　应激源刺激下机体出现一系列功能、代谢紊乱和结构损伤，并出现精神障碍和心身疾病，严重时可出现危险或破坏性行为如自杀、自伤、伤人、毁物、外走等意外。

3. 亚适应　应激源刺激后生理及心理水平表现为亚健康状态，常表现为疲劳、失眠、食欲差、情绪不稳等。情绪亚健康状态表现为情绪易波动，存在焦虑及抑郁体验，但尚达不到情感障碍及神经症诊断标准。认知亚健康状态，表现为绝对化思维，非黑即白的观念等，常会影响个体看问题的态度。当亚健康持续发展，可进入“潜临床阶段”，此时个体已出现发展为某些疾病的高危倾向，出现慢性疲劳或持续的身心失调，且常伴有反复感染、慢性咽痛、精力减退、反应能力减退、适应能力减退。

当个体生活中慢性应激持续存在达2～5年，甚至更长时间时，慢性应激存在时间积累效应，容易发生精神障碍或心身疾病。慢性应激非常常见，如婚姻危机、工作不满、人际困难、已明确诊断的重性疾病、烧伤、性侵犯、家庭暴力等。当慢性应激持续存在且得不到有效干预时，个体症状常迁延不愈。例如，一位符合中到重度抑郁发作诊断标准的老年女性，发病前数年老伴患“脑梗死”，梗死后出现左侧肢体偏瘫、失语，生活不能自理，需要家人陪伴照顾，无法有效交流。这位老年女性面对丧失社会功能的老伴，需要给予生活上无微不至的照顾，感到力不从心，其子女均在国外生活，缺乏社会支持。在这样的生活框架下，如不针对慢性应激进行干预，仅仅靠抗抑郁药物及一般心理治疗，其抑郁发作很难得到缓解，即使治疗有效也可能会复发或出现其他后续问题。

二、应激的医学后果

由前所述可知应激的后果包括适应、亚适应及不适应。适应属于生理性应激常称为良性应激，不适应属于病理性应激。亚适应介于两者之间。不适应常引起各种各样的医学后果。

（一）应激引发的生理变化

1. 对神经系统的影响　研究表明应激可影响大脑的认知功能，对海马介导的联想记忆有明显损害，Bremner 在“应激是否损伤脑?”一文中论述了应激对海马的损伤效应，其作用机制为糖皮质激素通过兴奋性氨基酸引起海马衰退。研究还发现应激状态下，诱导神经元凋亡，例如各种理化刺激如氧化应激、生长因子剥夺均可导致神经元凋亡。中枢神经递质也参与应激反应，例如去甲肾上腺素能神经元及多巴胺能神经元在应激反应中均被激活。

2. 对内分泌系统的影响　应激反应常激活下丘脑-垂体-肾上腺（HPA）轴，引起血浆糖皮质激素水平增高。HPA 轴对中等强度的刺激最敏感，应激主要引起交感神经兴奋，有时也可出现副交感神经兴奋。应激时，交感神经-肾上腺髓质所产生的不利方面在于收缩外周小血管，减少微循环血流量，出现组织缺血；儿茶酚胺促使血小板聚集可引起组织缺血，导致过多的能量消耗，增加了心肌的耗氧量。

冷应激引起一系列神经内分泌反应，包括 HPA 轴、HPH 轴、自主神经、SAM 系统激素和神经递质的合成和分泌增加，促生长激素轴、促性腺轴、催乳素轴的激素分泌受到抑制。而热应激使甲状腺分泌排泄功能障碍，腺泡大小不一，滤泡上皮细胞类型改变，甲状腺的生理作用降低，从而影响动物的生长发育，热应激使得肾上腺的肾间组织、嗜铬组织变性显著。

3. 对免疫系统的影响　应激时可抑制免疫系统功能，如淋巴细胞有丝分裂原反应下降；吞噬作用下降；干扰素生成减少，自然杀伤细胞活性减低；辅助性 T 细胞（TH）和抑制性 T 细胞

笔记

(TS)细胞百分数及比率降低;唾液免疫球蛋白A(IgA)活性降低。临床研究证实,应激抑制免疫功能,癌症发病与复发、自身免疫系统疾病发病均与应激性生活事件相关。

4. 对心血管系统的影响 应激时,激活交感神经-肾上腺髓质系统,引起心率加快、心肌收缩力加强、外周阻力增加、血液重新分布,可提高心输出量,升高血压,保证重要器官如心、脑、骨骼肌的血液供应;同时引起皮肤、腹腔脏器缺血缺氧,心肌耗氧量增加。

5. 对消化系统的影响 应激时引起的消化系统障碍非常多见。最受人关注的是应激引起的消化道溃疡,称应激性溃疡(stress ulcer)。应激状态下,交感神经过度兴奋,造成血中儿茶酚胺水平升高,致使胃黏膜微血管痉挛以及胃黏膜下动静脉短路开放和血液分流,导致黏膜缺血,缺血可以进一步使毛细血管扩张,淤血,血管通透性增加,从而发生黏膜水肿、坏死,最终导致黏膜出血、糜烂及溃疡形成。

6. 应激对呼吸系统的影响 应激时可以对呼吸系统功能产生影响。应激状态时,呼吸频率增加,呼吸变快引起过度通气,进而呼吸费力,进一步引起人的恐慌。此时全身耗氧量增高,机体分泌儿茶酚胺增多,可致肺动脉压升高,肺毛细血管通透性增高,由于血液凝固性增高,肺微血栓形成等多种因素致急性呼吸窘迫综合征。

7. 应激对泌尿系统的影响 应激时交感肾上腺髓质兴奋,肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活。肾小球小动脉明显收缩,肾血流量减少,肾小球滤过率减少;醛固酮分泌增多,肾小管钠、水排除减少;抗利尿激素分泌增多,肾远曲小管和集合管对水的通透性增加,水重吸收增加。表现为尿少,尿比重高、钠水排出减少。

8. 应激对生殖系统的影响 月经失调、闭经、功能失调性子宫出血、不孕、性功能障碍、高雄激素血症与身心应激密切相关,应激时生殖内分泌紊乱,性激素功能低下或紊乱。慢性应激时乳腺细胞和子宫内膜细胞增生。

(二)应激常常引起精神心理障碍

ICD-10与DSM-Ⅳ将应激性事件的反应分为3组,分别是急性应激障碍、创伤后应激障及适应障碍。

1. 急性应激障碍

(1)概述:急性应激障碍(acute stress disorder,ASD)指遭遇强烈的精神刺激后(如自然灾害、严重攻击、战争、亲人离丧、性侵犯)数分钟至数小时起病,出现短暂应激反应,大多历时短暂。ASD是一种精神障碍,主要特点为分离、再现、回避和过度警觉。ASD的发生不仅与患者经历的生活事件有关,还与人格特征、认识评价(包括文化背景、教育程度及智力水平)、社会支持有关。

(2)症状特点:①核心症状:创伤性重现体验、回避与麻木、高度警觉状态。与创伤后应激障碍相似,详细症状描述见创伤后应激障碍章节;②分离症状:是ASD常见症状,表现为麻木、情感反应迟钝、意识清晰度下降、不真实感、分离性遗忘、人格解体或现实解体。这些症状常在应激源刺激后数分钟至数小时出现,并在2~3天缓解或消失,少数患者可达1月余,对发作可有部分性或完全遗忘;③一般表现:早期常表现为茫然状态,并伴有一定程度的意识障碍,如意识清晰度下降、意识范围缩小、注意力狭窄,可出现定向力障碍;④精神病性症状:表现为激越、兴奋话多或无目的漫游,严重时出现思维联想松弛、片段的幻觉、妄想,或出现木僵状态,情绪障碍中可表现为焦虑、抑郁。

2. 创伤后应激障碍

(1)概述:创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder,PTSD)指个体受到异常威胁性或灾难性事件所引发的强烈的无助、恐惧、焦虑或厌恶等心理反应,常延迟出现并长期持续,通常延迟在事发1月后,有些则在创伤后数月至数年延迟发作。PTSD最初被认为是战争创伤所引起的,现在已经扩展至更多的生活事件如暴力、性侵犯虐待、重大交通事故,以及洪水、地震、海啸等自然灾害。PTSD特征为事件发生后长期的焦虑反应,主要症状包括持续的反复闯入性体

笔记

验、持续的警觉性增高、对创伤事件持久的回避及对一般事物的麻木。

(2)PTSD 症状特点:①反复体验:不需刺激和相关引发物,PTSD 患者即可再次生动体验创伤情境,表现为在意识中创伤性事件反复闯入性,伴随痛苦记忆,被称为侵入性回忆或闪回。创伤体验有时可出现在梦中。这种反复体验给患者带来了极大的痛苦,一方面个体难以预料事件的发生,难以控制发生的时间和次数;另一方面再一次的闪回如同再一次经历创伤;②回避与情感麻木:这是 PTSD 的核心症状,个体试图在生理与情感上远离伤痛。创伤常引发非常强烈的负性情绪,如恐惧、紧张和焦虑,这些情绪常可持续终生。为了避免如此强烈的负性情绪,许多 PTSD 患者在生活中常表现为情感体验受限。同时对创伤事件的回避可以短暂缓解痛苦。情感麻木及回避使 PTSD 患者间接受益,并不断强化其行为。患者出现不愿与人交往,对亲人冷淡。兴趣范围缩小,对创伤有关的人和事出现选择性遗忘;③过度警觉:在创伤事件发生后早期此症状最为普遍,个体出现过分警觉、易激惹或易怒、惊跳反应、坐立不安、注意力不集中;④症状常在创伤事件后数日至数月发病,症状持续存在,严重影响社会功能。多数患者在一年内恢复,少数患者持续多年迁延不愈。

3. 适应障碍

(1)概述:表现形式多样,指个体经历应激事件后出现了反应性情绪障碍、适应不良行为障碍和社会功能受损。成人常见情绪障碍,如焦虑、抑郁及与之有关的躯体症状,但尚达不到抑郁症及焦虑症的诊断标准。青少年以品行障碍为主,如出现逃学、盗窃、说谎、斗殴、酗酒、破坏公物、过早开始出现性行为,行为与年龄不符。儿童可出现退行现象,表现在尿床、吸吮拇指等。患者病前有一定的人格缺陷,适应力差,常在遭遇生活事件后 1 个月起病,病程一般不超过 6 个月。

(2)症状特点:主要表现为情绪障碍,可同时出现适应不良行为及躯体不适。患者的临床症状变化较大,以情绪和行为异常为主,常见焦虑不安、抑郁、胆小害怕、注意力难以集中、易激惹。常伴有自主神经系统紊乱如心悸、出汗等。适应不良的行为包括逃避退缩、攻击敌视等。

(冯　坤)

第六节　应激的管理

一、概　　述

应激是一个多因素的集合概念,涉及应激刺激、应激反应、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征等等因素,应激被看作是一个作用过程,一个系统。应激系统模型中的各因素不是孤立的静止的,而呈现互动的关系和动态的发展平衡,其中认知评价和人格特征是关键因素和核心因素。因此,应激的管理也是一个系统,是多维度的,针对应激涉及的各个因素和作用过程的环节,有诸多具有可操作性的管理"窗口"。根据应激系统模型,针对某一因素的应激管理,可能"牵一发而动全身",打破恶性循环链条,促进恶性的动态平衡向良性的动态平衡转化。而从不同层面同时针对多种因素的应激管理是一个系统工程,收效可能更大。本节就应激的管理问题,首先从应激涉及的各因素入手列出诸多具有可操作性的应激管理窗口,然后系统的阐述,提出一套具有可操作性的应激管理方案的思路供参考,并重点引入"应激易感模型"的概念。

二、应激的管理的切入点

(一)针对应激刺激的管理

应激刺激(生活事件、慢性压力)包括生物、心理、社会和文化等方面的刺激,按时间性可分为生活事件和慢性压力(Pearlin,1989),按现象学分类包括疾病问题、职业问题、家庭问题、人际

笔记

关系问题和经济问题等。

“适度的”应激刺激对提高个体面对应激刺激的适应能力是有帮助的，而既然应激刺激是不可避免的，这种“预防接种效应”显然是有益的。Antonovsky(1979)认为，当考虑什么样的人对应激相关健康问题易感时，是否具有一种很强的整合感是关键因素。在 Antonovsky 看来，整合是一种个人倾向，具有整合感的个体对世界有信心感、相信事件的可预测性以及“一般情况下事情会比较顺利”的概念，个体是通过应对过去人生经历中遇到的种种挑战和刺激的结果来获得这种整合感的，从而具有应对更大的应激刺激的能力；而那些生活经历非常平稳、常规、可预测(相对无生活事件、无应激刺激)的个体遇到生活事件时应对能力是差的，从而对应激引起的健康问题更加易感。

很多应激刺激受自然、社会规律支配，其存在是客观的，对个体和特定群体而言都具有很大程度上的不可控制性。一方面生老病死、自然灾害很大程度上是自然发生的，不受人类的主观意愿控制的，而生老病死作为生活事件，相关的应激过程是不可能也没有必要完全消除的。另一方面，对于个体而言，“社会事实”的存在是客观的，是一种个体之外的、超越个体的社会存在(Durkheim,1950)。

虽然“必要的痛”是不可避免的甚至可能是有益的，但“不必要的痛”在一定程度上是能够减少的。如针对某些职业应激的健康促进项目，能够减少特定人群中特定的“客观”应激刺激，如工作时间制度相关的慢性紧张、与家人共处的活动减少等，从而减少应激相关的心身疾病。

此外，发生在一个人身上的生活事件通常不是单个的生活事件，而是一系列生活事件，或一个生活事件之后的一系列相关生活事件。例如一个女性在经历“确诊为乳腺癌”这个生活事件之后，很可能经历“手术切除乳腺”、“化疗进一步损害形象”、“从工作状态变为住院状态(角色转换)”、“治疗期间与家人分开(家庭问题)”、“住院费用支出(经济问题)”等一系列相关生活事件。有研究提示，生活事件在时间上的累积效应对健康是有害的(Turner & Lloyd,1995；Turner,Wheaton & Lloyd,1995)。而且，持续时间很长的慢性压力可以对个体的身心健康产生严重影响，如根据 Pearlin(1989:245)的观察，角色限制，例如一个人被困在不愉快的工作或婚姻之中，能够对人产生重大作用，因为这些角色是非常重要的，尤其是工作、婚姻和为人父母方面的角色。所以在个人层面上的应激管理上，能够看到应激刺激的全貌和全程，而不是孤立的只看到某一个生活事件或忽略慢性压力的存在，这就需要首先对一个人的生活现状有系统的了解和全面的理解，将个体的人置于大的生活框架中，获得包括家庭生活、工作情况、人际关系、经济状况、健康状况等方面的详细信息。

(二) 针对认知评价的管理

对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和最终的心身反应性质和程度，是生活事件到应激反应的关键中间因素之一，但目前尚缺乏经典的用于对生活事件做出认知评价的测量工具。然而，各种以被试者主观估计应激强度的生活事件量表已部分结合了对个人认知评价因素的量化。前文提到，在心理卫生研究工作中，也可以采用问卷或访谈的方法，让被试对有关事件的认知特点一一作出等级评估。而且，目前一些应用比较成熟的心理测查工具如明尼苏达多项人格测试(MMPI)能够对个体的一般性认知特点有很好的反映，如偏执分对绝对化思维、僵化、“非故意的把个人的不幸归之于外部的情况”这类认知倾向的识别。认知评价作为应激易感模型中的重要的一环，由于个体的认知层面相对易评价，有很大的可能性成为具有可操作性的对应激易感个体的筛选窗口之一。而且，个体的认知层面相对易干预，对于筛选出来的应激易感个体，可进行认知层面的干预，以减少应激给个体带来的危害，因此，针对认知层面这个环节进行的筛选和干预可能对应激的管理有重要意义。例如，对初次确诊为乳腺癌的患者人群进行应激相关认知评价的量化，从中筛选出应激易感个体，进行重点干预如认知行为心理治疗、团体治疗等，从预防的高度增强个体适应性的应对能力，减轻应激给个体带来的危害。

笔记

（三）针对应对方式的管理

应对可以被直接理解成是个体解决生活事件和减轻事件对自身影响的各种策略，故又称为应对策略。应对是多维度的，应对活动实际上涉及应激作用过程的各个环节，包括生理反应（如烟酒药物、肌肉放松）、认知评价（如否认、自评）、情绪反应（如焦虑、发泄）、社会支持（如求助、倾诉）等层面。从应对策略与个性的关系来看，可能存在一些与个性特质有关的、相对稳定的和习惯化了的应对风格或特质应对。例如，日常生活中某些人习惯于幽默，而有些人习惯于回避（借酒消愁）。以特质应对理念进行的应对研究曾被称为特质研究。

某些应对方式是建设性的，而某些应对方式是破坏性的。前文提到过，Snyder 和 Pulvers（2001）总结属于躲避应对、破坏有效的应对过程的因素有：反复沉思、过度的自我关注、拖延、敌对体验等；属于接近应对、加强有效的应对过程的因素有获得社会支持、寻求意义、使用幽默、与他人比较（向下比较）、暴露秘密、保持活跃、转移注意力和正念冥想，以及宽恕等。个体通常具有相对稳定的和习惯化了的应对风格，如果其应对风格是破坏性的，则应激更有可能对该个体带来破坏性的影响，换句话说，该个体具有应激易感性。例如，有些人习惯于用烟酒或其他精神活性物质作为应对方式，来调节情绪，这种应对方式对情绪改善可以具有即刻的生理心理效果，但从长远效果来看，对个体的身心健康、社会功能等是具有破坏性的。

针对应对方式的管理的意义在于，虽然应对方式作为一种特质或习惯是不易改变的，但是个体的应对风格是可以改变的。利用特质应对问卷一类的量化工具筛选出习惯于破坏性应对方式的个体，通过有针对性的干预使他们用建设性的应对方式代替破坏性的应对方式，能够降低个体的应激易感性，达到预防应激相关心身疾病的目的。因此，针对应对方式的管理是具有可操作性的管理窗口之一。

（四）针对社会支持的管理

社会支持是个体与社会各方面的联系程度，是应激作用过程中个体可利用的外部资源。社会支持系统好的个体倾向于比没有社会支持或很少社会支持的个体健康问题少。自从 20 世纪 70 年代起，社会支持对躯体健康的影响开始引起行为和医学研究者的兴趣，尤其是 1979 年一个 9 年的前瞻性研究发现“社会整合”指数，包括婚姻状况、朋友、邻里关系、参加正式或非正式团体等内容，与死亡率有关（Berkman & Syme，1979）。

一方面，社会支持，包括主观体验到的支持，具有减轻应激的作用。如，对经历失业、应激性生活事件、性侵犯和职业应激、无家可归和自然灾害的人群的研究表明社会支持能起缓冲应激的作用（Cockerham，2004）。另一方面，社会隔离、缺少社会联系或社会规范控制本身可以成为非常强大的应激刺激。如，缺乏社交技能、或缺乏社会支持，可以导致孤独、无望、焦虑和抑郁，以及持续的误解和失望（Trower，Bryant，& Argyle，1978）。

Moss（1973）强调了小组对个体的社会支持作用，在小组中个体能获得归属感、被接纳感、被需要感，这些主观感觉对健康感和减轻紧张症状是至关重要的，有助于减少应激带来的心身疾病和问题。另外，成员较少的小组容易就应对方式达成共识，形成小组规范，从而减少不确定性给个体带来的焦虑（Cockerham，2004）。

针对社会支持的管理：筛选缺少社会支持的应激易感者作为重点干预对象；架构针对特定应激刺激的社会支持平台，如促进乳腺癌患者自助/互助小组、特定职业相关应激自助/互助小组的形成和运行、提高心理咨询服务的可获得性等。侧重于社会技能技巧训练的团体治疗（如应用于大一新生中缺少社交技能和社会支持的个体）、针对特定危机事件的团体治疗（如应用于自杀者自杀后周围相关小群体的团体治疗）等形式的团体治疗可以成为系统的应激管理中的重要管理模块。

（五）针对个性特征的管理

这里的个性特征是指个体的人格层面。无数的个案已表明个性特征与应激管理有千丝万

笔记

缕的联系，人格特征是应激系统模型中是核心因素，是个体层面的应激管理需要考虑的重要内容（参见本章前半部分阐述的“应激系统模型基本特征”相关内容。

（六）针对应激反应的管理

Moss（1973）指出，处理应激性的信息的过程能够带来中枢神经系统、自主神经系统和神经内分泌系统的改变，这些改变使某些人对疾病的易感性增加，而最脆弱的是那些生理反应很容易唤起并且反应较强烈深入和持久的个体。从生理层面的易感性入手，可以利用客观的测量，如测量心率、血压、手掌皮肤湿度、尿17-羟基皮质酮水平等，来筛选出在实验条件下处理应激性的信息的过程中生理反应较强烈深入和持久的个体，为干预创造条件。值得特别指出的是，作者的临床经验表明，对平静状态下的心率变异度的客观测量能非常好的反映出自主神经功能状态，与临床观察到的个体对应激的“心理承受能力”有很好的相关性。而对心率变异度的测量具有无创、时间短、设备简单、容易操作、费用低等特点，很适合用于对人群的筛选。

根据作者的临床经验，很多精神科疾病与内科疾病共病者，如精神科门诊患者中同时患有高血压病、高脂血症和（或）糖尿病者，在经过恰当的精神科药物和（或）心理治疗后，原有的内科疾病病情得到好转。例如伴有高血压病的患者的血压水平下降，可以减少降压药的种类或剂量，甚至停用降压药也能使血压维持在恰当的水平。这种现象在没有使用具有降低血压副作用的精神科药物的时候也能观察到，可能与患者焦虑水平下降有关。这些临床观察提示，在系统的应激管理方案中，记录常见心身疾病的病情变化对于监测评价应激管理的干预效果可能是一个有应用价值的变量。

三、应激易感模型

应激易感模型是一个概念，简言之就是通过各种定性定量的方法（如对生理指标的客观测量、各种心理测量量表等）在人群中筛选出应激易感者（或者叫做脆弱的个体）并进行多种途径的干预。“应激易感性（vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli）”这个概念是20世纪70年代提出来的，根据Cassel（1976）的假设，个体的抵抗能力对于应激对健康的影响来说是一个关键因素。在Cassel看来，决定个体的抵抗能力有两个基本因素，即应对的能力和社会支持。

（一）生理层面的易感性

1. 生理反应可作为从生活事件应激源至躯体疾病的中间环节或中介机制。例如研究发现工作中缺乏社会支持与心血管疾病发生具有相关性，通过心血管反应如心率、血压的变化来介导。

2. 个体差异性使某些个体在生理层面表现出比其他个体更容易罹患应激相关的躯体疾病。来自遗传学研究的强有力的证据表明，基因和分子水平上应激的遗传易感性（genetic predispositions）是真实存在的，Weiner指出，应激性的情景能够诱发遗传易感性素质表现出精神障碍和其他心理问题（Weiner，1985）。与基因多态性有关的中枢神经系统5-HT功能下降可能是一种应激遗传易感性素质（Williams，1994；Williams，1998；Lesch et al，1996）。Moss（1973）指出，处理应激性的信息的过程能够带来中枢神经系统、自主神经系统和神经内分泌系统的改变，这些改变使某些人（对应激源出现强烈且持久的反应）对疾病的易感性增加。

个体差异性不仅局限于某些生理层面，在心理层面及性格特征的个体差异性（如敌对、易怒、疑心大、悲观、抑郁、绝望等）同样影响个体对疾病的易感性。有时生理及心理的个体差异性可伴随存在。如在实验条件下诱发被试愤怒，行明尼苏达多项人格测试，结果提示敌对因子分（Ho）高的受试者，白昼尿儿茶酚胺水平较高（Suarez et al.，1991），B肾上腺素受体下调（Shiller et al.，1997），交感神经介导的心血管反应更加强烈（Smith & Allred，1989；Suarez & Williams，1989；Suarez et al，1998），表明他们在日常生活中交感神经活动水平较高。

笔记

3. 生理层面的应激易感性的反映指标(生物标记)　目前常采用的生物标记测量简单易行、无创、客观,在实践中可操作性好,能够与患者相对主观的心理测量量表结合,相互印证。

(1)心率和血压(heart rate & blood pressure):监测心脏的跳动频率,体循环的动脉血压,可了解患者的基本生命体征。持续的心率或血压升高可能是慢性的自主神经活动唤起的迹象,而由于对心率和血压的测量客观、简单、无创,适合用于应激易感者筛选系统。

(2)心率变异度(heart rate variability,HRV):心率变异度是指逐次心跳周期差异的变化情况,反映神经体液因素对窦房结的调节作用,即反映自主神经系统交感神经活性与副交感神经活性及其平衡协调的关系。在副交感神经活性增高或交感神经活性减低时,心率变异度增高,反之相反。作为一个客观生理指标,与个体对应激的"心理承受能力"有很好的相关性,能够在一定程度上反映个体的精神心理障碍的轻重和社会功能损害程度。研究发现,焦虑症患者 HRV 减少;即副交感神经调控的减少,交感调控增加。

(3)其他有实践意义的生物标记:其他比较好的生物标记有手掌皮肤电阻、尿肾上腺皮质激素水平和儿茶酚胺水平、血脂指标,以及疼痛敏感性检查(利用弹簧压痛仪)等。

(二)心理层面的应激易感性

1. 心理层面的应激易感性　涉及认知、情绪、行为、人格特点等多方面。一个人通常有相对固定的认知、情绪、行为模式。

在认知层面,绝对化倾向如"非黑即白"、追求完美的倾向,愤世嫉俗倾向如"这个世界对我是不公平的",以偏概全"世界上所有的男人都是负心汉"、负性偏倚倾向如对应激源的过度反应、灾难化"已经走到世界末日"等等,在对应激的认知评价环节作用于整个应激过程和系统,由应激模型可知,最终将引起心身反应。

在情绪层面,很多证据表明应激的情绪反应与躯体疾病相关。如应激时常见的情绪反应——抑郁、焦虑、愤怒、恐惧均能诱发心血管疾病发生。

在行为层面,应激时过度饮酒、过度进食、服用大量的精神活性物质、缺乏运动,退缩等不良行为方式可以作为一种中间机制促使应激相关躯体疾病的发生、发展。

在人格特点方面,如"神经质"倾向的人常出现情绪不稳、容易体验到负性情绪如焦虑、抑郁、易激惹等,在认知特点上倾向于把模糊的中性信息理解为负面的信息等。这样的人格特点将自身置于更多的应激刺激之中,常经历或"感受到"更多的人际冲突;在面临"相同"的应激刺激时由于对应激刺激的认知评价特点等原因而比一般人体验到更多的负性情绪;从应对的角度看,社会支持资源可能不够。

2. 心理层面的应激易感性测量

(1)明尼苏达多项人格测试(MMPI):MMPI 对指导精神科诊断及药物、心理治疗具有很好的参考价值。包含 10 个临床量表及 4 个效度量表。10 个临床量表从 10 个不同症状进行区分,分别是疑病(Hs)、抑郁(D)、癔症(Hy)、精神病态(Pd)、男性化-女性化(Mf)、妄想狂(Pa)、精神衰弱(Pt)、精神分裂(Sc)、轻躁狂(Ma)、社会内向(Si)。MMPI 常能较好的反映患者的某些认知模式,与临床获得的印象相互印证。MMPI 与 SCL-90、心率变异度测量结合起来,反映出的模式对指导临床工作有重要意义。

(2)其他有实践意义的心理测量量表:如焦虑、抑郁自评量表、90 项症状自评量表(SCL-90)、艾森克性格量表以及汉密尔顿抑郁、焦虑症状量表和用于自杀风险评估的量表等。

(三)社会层面的应激易感性

1. 社会层面的应激易感性　对生活事件的研究显示,处于社会经济标尺的底层的人面对负性应激源,其情感抵抗力尤其脆弱(Gore,Aseltine & Colten,1992;Turner,1995)。人群中社会经济地位较低的人伴发冠心病风险和各种原因死亡率上升(Adler,1993)。社会经济地位较低的阶层不仅常经受更多的生活事件,而且应对的资源及社会支持最少。Evans(1994)认为社会等级

笔记

与应对危机的能力之间存在相关性，一个人的社会地位越高，其可选择的应对方式及社会支持越多，这种应对的优势随社会阶梯的降低而成比例的降低。Evans 认为，个体所处的"微环境(microenvironment)"，即家庭和工作中的各种关系，会影响个体躯体健康。不同性别之间也有重要差异，女性更容易受家庭相关的负性事件的影响而男性则更容易受工作和经济问题的影响(Conger et al,1993)。

社会层面的应激易感性还体现在可获得的社会支持，根据缓冲作用假说，即当个体经历应激事件后，社会支持能够通过各种途径协助个体应对危机，如情感支持能缓解孤独和无助感，经济支持可以帮助个体缓解现实困难等。根据独立作用假说，社会联系和社会支持是基本的人性需要，缺乏社会支持本身就是一种应激，将带来不利的身心反应。这两种假说从不同角度对社会支持的心身效果作用机制做出了解释。1987 年对整个瑞典人群的流行病学研究证明，除去年龄、初始病情、社会阶层这些混淆因素的影响之后，低度的社会支持与中度或高度的社会支持相比，心血管疾病死亡风险仍提高 40%(Orth-Gomér & Johnson,1987)。

2. 社会层面的应激易感性的测量 社会层面的应激易感性测量涉及的变量可包括社会人口学特征、生活事件和社会支持等。

四、系统的应激管理方案

(一)概述

应激管理方案作为一个系统工程，整体框架上应包括群体层面的应激管理和个体层面的应激管理两个层面。而且这两个层面是结合在一起的。无论是群体层面还是个体层面的管理，系统的应激管理方案的具体成分应包括针对应激的各种相关因素的管理，如针对应激刺激的管理、针对认知评价的管理、针对应对方式的管理、针对社会支持的管理、针对个性特点的管理，以及针对应激生理反应的管理等，全面涵盖应激易感模型中的生理层面、心理层面和社会层面。从过程程序来看，至少应包括干预前评估、干预、干预后评估(干预后可能不止一次)三道程序。

"管理模块"和"系统管理"是非常重要的理念。管理模块的理念是指将一个系统工程一层一层的分解为不同层面的模块，直至最后成为可操作可执行的模块。例如，"筛选应激易感者"可作为一个大而模糊的模块，可分解出"确定具体的筛选工具和指标，开发筛选系统"这个更具体的模块，可能进一步分解出"根据科研数据和实践经验选择筛选工具和指标"、"培训人力资源、开发计算机软件、建立远程管理系统"等更接近执行层面的模块；又如"培训人力资源"这个模块最终可分解出一个"编写教材"的可执行模块。

(二)群体层面的应激管理

群体层面的应激管理包括识别特定问题和需要干预的特定群体(如易感者)并进行有针对性的干预，以及从物理环境、制度环境、资源环境等途径进行的可以看作"健康促进"的宏观干预。群体层面的应激管理作为一个系统工程，超出精神卫生和心理治疗工作者的常规工作范围，参与者应包括政策制定者、其他医学工作者、社会工作者等多种成分。

例如，20 世纪 90 年代起，中国农村计划生育工作中一些与节育手术有关的身心症状问题突显出来，如有些地区接受节育术的农村妇女术后出现群体癔症性下肢瘫痪。国家计划生育委员会委托包括作者在内的精神卫生工作者进行干预，并且随后开展了一系列计划生育相关身心症状研究和系统的预防性干预工程。研究表明，接受节育手术的女性术前评估筛选得出的个性中的情绪不稳定倾向性、心理因素中的暗示性高、生理因素中的疼痛敏感性高、过多的负性生活事件等，能在一定程度上预测节育术后身心症状的严重程度和持续时间。实践证明对筛选出的这些具有应激易感素质的个体进行干预是非常有意义的。研究还发现，较差的手术环境和选择产褥期进行手术是影响节育术后身心症状恢复的主要因素中的两个。通过对改变节育手术的地点、时机选择，通过培训提高医护人员手术的技术水平和改善医患互动方式等可能减少接受乡

笔记

村计划生育工作中接受节育手术的女性的和节育手术有关的身心症状。

刘破资等(2002)进行的避孕节育身心症状检测咨询技术研究、开发、推广项目,可作为对应激易感模型概念的应用和系统的应激管理方案的一个实例说明。该项目的设计、实施过程可能并不十分完善,但作为一种开拓性、雏形性的实践,是对应激易感模型和系统的应激管理方案理念在操作层面上的具体化体现和现实性检验。

(三)个体层面的应激管理

个体层面的应激管理是分层次的,包括"医学干预"和"自我调节"。医学干预是对"个案"的处理,如症状识别、评估诊断、药物治疗、个体心理治疗、小组治疗等。对每个个案的处理也应该是系统的全面的。自我调节是没有专业人士介入的个体层面管理。

作者的临床经验表明,医学干预从精神科临床管理角度可分为"医学指导性咨询"和"医学干预性咨询"两种模式,两者的差异主要在于前者的模式下给予患者和家属较大范围的自主性,而在后者的模式下在建立和维持高质量的治疗关系基础之上,对患者和家属的依从性要求较高。根据个体的具体情况选择进入哪种临床管理模式。前者如根据患者病情给患者提供一些治疗干预的选项,由患者自主决定;后者如在良好治疗关系基础上,排除障碍尽量使患者和家属接受配合药物治疗(此时认为药物治疗对该患者非常必要,利远大于弊)。

应激相关的自我调节方法有很多,如合理休息、饮食,通过运动缓解焦虑、抑郁情绪,动用社会支持等。应激相关的自我调节对于非精神障碍者和处于稳定期和康复期的精神障碍患者的身心健康有重要意义。

(刘破资)

第七章　心身疾病

医学心理学工作者通过参与心身疾病的诊断、治疗与预防的全过程，把生物-心理-社会医学模式具体应用到临床各个学科，从而体现出医学心理学的特殊价值。本章将系统介绍心身疾病的概念、发病机制及诊断原则，重点是心理社会因素如何影响躯体疾病的发生、发展，以及心与身如何相互作用，从而进一步加深对心理社会因素的作用及心身关系的理解。

第一节　心身疾病的概述

一、心身疾病的概念

（一）心身疾病的定义

心身疾病（psychosomatic diseases）或称心理生理疾病（psychopsysiological diseases），指心理社会因素在疾病的发生、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和躯体功能性障碍。心身疾病有狭义和广义两种含义。狭义的心身疾病是指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病，如冠心病、原发性高血压和肠易激综合征等。广义的心身疾病范围要广些，指心理社会因素在疾病发生、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和功能性障碍。以前有人将心身关系分为三类：①心身反应（psychosomatic response），指精神性刺激引起的生理反应，当刺激除去，反应也就恢复；②心身障碍（psychosomatic disorder），指精神刺激引起的功能障碍，但没有器质性变化；③心身疾病（psychosomatic diseases），指精神刺激引起的器质性病变。但是一般都将心身疾病和心身障碍混合使用，因为这种区分在理论上易理解，但实践中难以明确界定。自从世界卫生组织的《国际疾病分类》第10版（ICD—10）建议用“disorder”取代“disease”以来，上述分类就没有实际意义。按现在的疾病分类系统已无心身疾病、心身障碍的提法，但实际中仍在使用。

许多年来，在人们的心目中，疾病有两大类，即一类是躯体疾病，另一类是精神疾病。自1818年德国精神病学家Heinroth在关于失眠的论文中提出了“心身概念”之后，直到1948年美国精神病学家Dunbar在《心身诊断和治疗纲要》一书中，才对心身概念进行了系统的论述。自20世纪70年代以来，健康领域工作者不但从生物医学观点去思考问题，而且也应用生物-心理-社会的医学模式去指导医学理论研究和临床实践。随着心身关系的深入研究和不断实践，已经确认有些躯体疾病在其疾病的发生与发展中心理社会因素起了重要作用。美国心身医学研究所于1980年将这类躯体疾病正式命名为心身疾病。从此，心身疾病即成为并列于躯体疾病和精神疾病的第三类疾病。

长期以来，心身疾病对人类健康构成严重威胁，是造成死亡率升高的主要原因，已日益受到医学界的重视。门诊与住院患者中约有1/3患有心身疾病，人群的心身疾病的患病率在10%～60%之间。心身疾病在内科病人中所占比例很高，徐俊冕（1993年）研究结果表明，内分泌科占75.4%，心血管内科占60.3%，呼吸内科占55.6%，普通内科占30.8%，而皮肤科的比例达到26.6%。

（二）心身疾病的特点

心身疾病一般具有以下几个特点：

笔记

1. 以躯体症状为主,有明确的病理生理过程。
2. 某种个性特征是疾病发生的易患素质。
3. 疾病的发生和发展与心理社会应激(如生活事件等)和情绪反应有关。
4. 生物或躯体因素是某些心身疾病的发病基础,心理社会因素往往起"扳机"作用。
5. 心身疾病通常发生在自主神经支配的系统或器官。
6. 心身综合治疗比单用生物学治疗效果好。

(三)心身医学和心身疾病

现代心身医学已经存在70余年了,它是生命科学探索的一个集合体,以研究心理社会与生物因素相互作用对健康与疾病的影响为目的。心身医学反对二元论的观点,存在的时间并不很长,但人们对心身(mind-body)关系的关注,可以追溯到公元前的古希腊,也可以从中国古代医书中发现相关论述。早在公元前400年的古希腊文明中就提到了治疗躯体疾病应进行心灵治疗,应把患者作为一个心身合一的统一体来看。而中医学也一直视"形"与"神"为生命的统一体,提出"七情致病"等理论。中世纪时代(公元500~1540年),因为神秘主义和宗教统治医学,心身相关思想受到压制。文艺复兴时代(1500~1700年)由于自然科学应用于医学,解剖学得到发展。19世纪现代实验基础医学迅速发展,主要以巴斯德(L. Pasteur)和魏尔啸(R. virchow)学说为主的生物医学认为:"疾病基本上源于细胞病变。"由于纯生物学的影响,导致不少临床医学家只注重治"病"而不注重治"病人"。不注重心身相关的研究,这一倾向一直影响到20世纪初,使心身医学迟迟不能形成体系。心身医学发展的早期可以定在1930~1960年之间,最初主要受到心理动力学的影响,按Freud的理论和方法研究健康与疾病问题。到了20世纪50~60年代以后,心身医学开始转向研究健康与疾病中的心理状态与躯体功能间作用的生理机制,研究对个体有意义的生活事件,以及这些事件造成的心理生理反应及与生理疾病的关系。心理社会应激、心理生理反应、应对、适应和社会支持成为主导心身医学理论研究中的焦点,尤其是应激的研究。这时的心身医学,无论是方法或是手段都是早期研究无法比拟的,而且涉及的课题、内容也更广泛,并大量应用于临床,或者以咨询和促进行为改变形式出现。总之,当代心身医学反映了人们对健康或疾病研究中心理-社会-生物因素相互作用的认识,是医学心理学研究的重要主题之一。

(四)临床心身疾病概念的演变

随着对心身相关研究的深入和心身疾病概念的无限扩展,造成疾病分类方面的混乱,于是各种疾病分类系统的观点也在不断的改变中。从权威的美国精神疾病诊断治疗手册(DSM)来看,DSM-Ⅰ(1952)设有"心身疾病"一类;DSM-Ⅱ(1968)更名为"心理生理性自主神经与内脏反应"。DSM-Ⅲ(1980)及DSM-Ⅲ-R(1987)均用"影响身体状况的心理因素"分类。DSM-Ⅳ(1994)将与心身疾病有关的内容列入"影响医学情况的心理因素"中,是指对医学疾患起不良影响的心理或行为因素。这些因素会引起或加重疾患,干扰治疗和康复,或促使发病率和死亡率提高,心理因素本身可能构成疾病的危险因素,或者产生放大非心理危险因素的效应。像DSM一样,WHO制订的ICD也曾有过"心理生理障碍"及"精神因素引起生理功能"的分类。目前ICD-10(1993)将传统的"心身疾病"分别纳入不同分类,归为"神经症、应激相关的及躯体形式障碍",还有一些内容分散在"伴有生理及躯体因素的行为综合征"及其他分类中。我国1958年的精神疾病分类中没有心身疾病。《中华医学会精神病分类-1981》将"心身疾病"列为第十三类。1995年的《中国精神疾病分类第2版修订版》(CCMD-2-R)取消了心身疾病的分类,但把相关内容放进"与心理因素有关的生理障碍"(分类5)和"神经症及与心理因素有关的精神障碍"(分类4)中,另有一些放在"儿童少年期精神障碍",这种情况一直延续到CCMD-3。德国及日本等国对心身疾病很重视。日本心身医学会(1992)经过修订,把心身疾病定义为"躯体疾病中,其发病及经过是与心理社会因素密切相关的,有器质或功能障碍的病理过程。神经症等其他精神

笔记

障碍伴随的躯体症状除外。"以前精神疾病的分类使精神病学家忽视躯体障碍，而其他专科的医生又轻视心理障碍。现在DSM—Ⅳ的诊断分类反映了心身相互作用的关系，是"心身的设计"，要求人们同时兼顾心、身两个方面。而ICD-10对心身医学有关概念的变更有如下说明：①不使用"心身的"（psychosomatic）一词，理由是各国使用的含义并不统一，应用也不同；②"心因性"（psychogenic）一词也不主张多用，因为容易被误解为只有少数疾病与行为才有心因性影响。因此，从积极意义上来理解精神病学分类系统中的这一变化，那就是现代医学模式推进的一大成果。总之，心身疾病概念在目前的权威性心理障碍分类体系中已经消失，被其他概念取代，然而，心身相关的精髓却已渗透到了医学临床。

（五）身心反应——特殊医学障碍中的心理因素

心身疾病的研究比较注重"心-身"的联系，实际上，躯体疾病本身作为应激源同样能导致心理反应，即所谓的身心反应问题。有些心身障碍是由躯体疾病通过认知、行为或生理反应引起，也就是继发性心身障碍或身-心反应。这些心理反应不但影响患者的社会生活功能，还可以成为继发性躯体障碍的原因。要关注的心理反应如下：

1. **躯体疾病引起患者的心理反应** 包括：①自我意识转变；②对疾病的认知反应；③情绪反应。

2. **躯体疾病对患者生活质量的影响** 包括：①原发性心理障碍，是指功能障碍引起的心理后果，如视力、听力或运动功能的丧失，任何功能障碍都可能对个体心理产生限制。②继发性社会后果，是指患病后社会关系改变引起的后果，如患病后与家人的关系、学习、工作受到的影响等。

3. **不同的躯体疾病可以通过对神经系统的直接、间接作用而影响心理活动** 如脑血管意外或心脏病引起的脑缺氧；电解质代谢紊乱导致的精神障碍，如高血钾可致意识障碍和知觉异常，高血钙可致淡漠、幻觉等。

（六）心身疾病的分类

为了便于理解，本教材将心身疾病按器官系统分类如下：

1. **心血管系统的心身疾病** 冠状动脉粥样硬化性心脏病、阵发性心动过速、心律不齐、原发性高血压、原发性低血压、雷诺病（Raynaud disease）等；

2. **呼吸系统的心身疾病** 支气管哮喘、过度换气综合征、神经性咳嗽等；

3. **消化系统的心身疾病** 胃、十二指肠溃疡、神经性厌食、神经性呕吐、溃疡性结肠炎、肠道易激综合征等；

4. **皮肤系统的心身疾病** 神经性皮炎、瘙痒症、斑秃、银屑病、多汗症、慢性荨麻疹、湿疹等；

5. **肌肉骨骼系统的心身疾病** 类风湿关节炎、腰背疼、肌肉疼痛、痉挛性斜颈、书写痉挛等；

6. **泌尿系统的心身疾病** 夜尿症、神经性尿频等；

7. **内分泌系统的心身疾病** 甲状腺功能亢进、糖尿病、低血糖、艾迪生病（Addison's disease）等；

8. **神经系统的心身疾病** 血管神经性头痛、肌紧张性头痛、睡眠障碍等；

9. **生殖系统的心身疾病** 勃起功能障碍，早泄，性欲减退、痛经、月经紊乱、经前期紧张症、功能失常性子宫出血、功能性不孕症等；

10. **外科心身疾病** 器官移植后综合征、整形术后综合征等；

11. **儿科的心身疾病** 遗尿症、夜惊、口吃等；

12. **眼科的心身疾病** 原发性青光眼、眼睑痉挛、弱视等；

13. **耳鼻喉科的心身疾病** 梅尼埃病、咽部异物感等；

笔记

14. 口腔科的心身疾病　特发性舌痛症、口腔溃疡、颞下颌关节紊乱综合征等；

15. 恶性肿瘤

以上各类疾病，均可在心理应激后起病，情绪影响下恶化。心理治疗有助于病情的康复，这种对疾病的整体观念有助于正确评价生物、心理和社会因素之间的联系，已成为临床上认识和处理疾病的方向。

二、心身疾病的发病机制

心身疾病的发病机制比较复杂，相关研究途径主要包括心理动力学、心理生理学和行为学习三大理论。

（一）心理动力学理论

心理动力学理论重视潜意识心理冲突在心身疾病发生中的作用，认为个体特异的潜意识特征决定了心理冲突引起特定的心身疾病。心身疾病的发病有三个要素：①未解决的心理冲突；②身体器官的脆弱易感倾向；③自主神经系统的过度活动性。心理冲突多出现于童年时代，常常被压抑到潜意识之中，在个体成长的过程中，受到许多生活变故或社会因素的刺激，这些冲突会重新出现。如果这些复现的心理冲突找不到恰当的途径疏泄，就会由过度活动的自主神经系统引起相应的功能障碍，造成所支配的脆弱器官损伤。神经科学的研究发现，儿童时期经历的逆境、心理创伤可以由于神经可塑性的原理而在与情绪记忆有关的神经环路中留下痕迹，成为对某些疾病易感的素质特点或潜在的"病灶"，而在青少年期或成年期被各种不利因素触发，表现为临床上的障碍。

目前认为，潜意识心理冲突是通过自主神经系统功能活动的改变，造成某些易感器官的病变而致病。例如，心理冲突在迷走神经功能亢进的基础上可造成哮喘、溃疡病等；在交感神经功能亢进基础上可造成原发性高血压、甲状腺功能亢进等。因而，只要查明致病的潜意识心理冲突即可弄清发病机制。心理动力学理论发病机制的缺陷是夸大了潜意识的作用。

（二）心理生理学理论

心理生理学的研究侧重于心身疾病发病过程，重点说明哪些心理社会因素，通过何种生物学机制作用于何种状态的个体，导致何种疾病的发生。Cannon 用"应急反应"（emergency reaction）描述"搏斗或逃跑"（fight or flight）状态时所出现的一系列内脏生理变化。被誉为"医学爱因斯坦"的加拿大学者 Selye，提出的"应激"学说，带动了内分泌学家及心理学家的参与（参见前文）。不过，Selye 的理论过于强调"非特异"生物学过程的作用，低估了心理因素的作用。心理不适在生理应激反应中发挥重要作用，内分泌系统对心理影响极为敏感，一切有效的应激源都伴有心理成分（认知评价），心理社会刺激也能引起生理的应激反应。

心理生理学理论认为，心理神经中介途径、心理神经内分泌途径和心理神经免疫学途径是心身疾病发病的重要机制。在免疫方面，心理社会因素通过免疫系统与躯体健康和疾病的联系，可能涉及三条途径。①下丘脑-垂体-肾上腺轴：应激造成暂时性皮质醇水平升高，后者损伤细胞免疫功能，但持久应激与短期应激对免疫系统的影响效果不同，有时可使细胞免疫功能增强；②通过自主神经系统的递质：交感神经系统通过释放儿茶酚胺类物质，与淋巴细胞膜上的 β 受体结合，影响淋巴细胞功能改变；③中枢神经与免疫系统的直接联系：免疫机制可形成条件反射，改变免疫功能。有研究发现，免疫后的大鼠下丘脑内侧核电活动增加，推测抗原刺激与下丘脑功能之间存在着传入联系，实验性破坏下丘脑可以阻止变态反应。

心理生理学研究也重视不同类别的心理社会因素，如紧张劳动和抑郁情绪，可能产生不同的心身反应；心理社会因素在不同遗传素质个体上的致病性的差异等。

（三）学习理论

巴甫洛夫经典条件反射的著名实验是狗的唾液分泌反射，说明条件反射是一种独立的生理

笔记

反应。心理神经免疫学奠基人之一 Ader，通过厌恶性味觉实验证明免疫系统可以形成条件反射。他和同事（1975 年）用具有免疫抑制作用的致呕吐剂环磷酰胺为非条件刺激物，用大剂量糖精为条件刺激物制作条件反射动物模型，消退期只给糖水，不给予环磷酰胺强化，动物死亡率反而上升，说明经过学习，糖水具有了环磷酰胺的免疫抑制作用，中枢神经系统能够影响免疫系统功能。

行为学习理论认为某些社会环境刺激引发个体习得性心理和生理反应，表现为情绪紧张、呼吸加快、血压升高等，由于个体素质上的、或特殊环境因素的强化，或通过泛化作用，使得这些习得性心理和生理反应可被固定下来，而演变成为症状和疾病。例如先把动物置于一封闭箱内给予反复电刺激，然后进行逃避学习训练，会发现动物不逃避电击，即使示意逃避过程，动物的训练成绩依然不好，说明它固守无效的应对方法而不做新的尝试，是一种类似抑郁症的情绪状态，这就是习得性无助（learned helplessness）。心身障碍有一部分属于条件反射性学习，如哮喘儿童发作会获得父母的额外照顾而被强化，也有是通过观察或认知而习得的，如儿童的有些习惯可能是对大人习惯的模仿。Miller 等关于“植物性反应的操作条件反射性控制”的实验，说明人类的某些具有方向性改变的疾病可以通过学习而获得，例如血压升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的舒缩等。基于此原理提出的生物反馈疗法和其他行为治疗技术，被广泛地应用于心身疾病的治疗中。

不论是巴甫洛夫的经典条件反射，还是斯金纳的操作条件反射，都将强化作为学习过程的一个要素来说明。但人类心身障碍症状的形成，还包括社会学习理论中的观察学习（observational learning）及模仿（modeling）。

（四）综合的心身疾病发病机制

目前心身疾病研究不再拘泥于某一学派，而是综合心理动力学、心理生理学和行为理论，互相补充，形成了综合的心身疾病发病机制理论，其主要内容可概括为：

1. 心理社会刺激物传入大脑 心理社会刺激物在大脑皮质被接受，并得到加工处理和储存，使现实刺激加工转换成抽象观念。该过程的关键问题是诸如认知评价、人格特征、观念、社会支持、应对资源等中介因素的作用。认知评价的作用特别受到关注，因为心理社会刺激不经认知评价而引起应激反应的情况很罕见。

2. 大脑皮质联合区的信息加工 联合区将传入信息通过与边缘系统的联络，转化为带有情绪色彩的内脏活动，通过与运动前区的联络，构成随意运动传出。

3. 传出信息触发应激系统引起生理反应 包括促肾上腺皮质激素释放激素（CRH）的释放、蓝斑-去甲肾上腺素（LC-NE）/自主神经系统变化，进而影响垂体-肾上腺皮质轴及自主神经支配的组织，表现为神经-内分泌-免疫的整体变化。

4. 心身疾病的发生 薄弱环节由遗传和环境因素决定，机体适应应激需求的能量储存有限，过度使用就会导致耗竭，强烈、持久的心理社会刺激物的作用就会产生心身疾病。

未来心身疾病研究将会有很大的发展，特别是心理神经免疫学和计算机图像处理与影像技术的快速发展与应用，将帮助人们更加清楚地认识心理、情绪与疾病的通路。

三、心身疾病的诊断与防治原则

按生物心理社会医学模式，人类的任何疾病都受到生物因素和心理社会因素的影响。心身疾病的诊断和预防原则，都应该兼顾个体的心理、生理和社会三方面。

（一）诊断原则

1. 心身疾病的诊断要点

（1）疾病的发生包括心理社会因素，其与躯体症状有明确的时间关系；

笔记

（2）躯体症状有明确的器质性病理改变，或存在已知的病理生理学变化；

（3）排除神经症性障碍或精神病。

2. 心身疾病的诊断程序　心身疾病的诊断程序包括：躯体诊断和心理诊断，前者的诊断方法和原则与诊断学相同，这里只介绍心理诊断部分。

（1）病史采集：对疑有心身疾病的病例，在采集病史的同时，应该特别注意收集患者心理社会方面的有关材料，例如个体心理发展情况、个性或行为特点、社会生活事件以及人际关系状况、家庭或社会支持资源、个体的认知评价模式等资料，分析这些心理社会因素与心身疾病发生发展的相互关系。

（2）体格检查：与临床各科体检相同，但要注意体检时患者的心理行为反应方式，有时可以观察患者对待体检和治疗的特殊反应方式，恰当判断患者心理素质上的某些特点，例如是否过分敏感、拘谨等，以及不遵守医嘱或激烈的情绪反应。

（3）心理行为检查：对于初步疑为心身疾病者，应结合病史材料，采用晤谈、行为观察、心理测量或必要的心理生物学检查方法。所选取的心理测验应着重患者的情绪异常的测查（详见第五章）。还可以采用适当手段评估心理应激、应对能力、社会支持等。评估结果有助于对患者进行较系统的医学心理学检查，确定心理社会因素的性质、内容，评价它们在疾病发生、发展、恶化和好转中的作用。

（4）综合分析：根据以上程序中收集的材料，结合心身疾病基本理论，对是否是心身疾病，是何种心身疾病，有哪些心理社会因素起主要作用及可能的作用机制等问题做出恰当评估。心理诊断往往伴随心身疾病治疗的全过程。在治疗过程中，患者旧的心理问题解决了，新的问题又会出现，这就要求医师针对变化了的情况，重新评估和采取新的干预措施。

（二）心身疾病的治疗原则

1. 心理干预目标　对心身疾病实施心理干预主要围绕以下三种目标：

（1）消除心理社会刺激因素：例如因某一事件引起焦虑继而使紧张性头痛发作的患者，通过心理支持、认知治疗、松弛训练或催眠疗法等，使其对这一事件的认识发生改变，减轻焦虑反应，进而在药物的共同作用下，缓解这一次疾病的发作。这属于治标，但相对容易一些。

（2）消除心理学病因：例如对冠心病患者，在其病情基本稳定后指导其对A型行为和其他冠心病危险因素进行综合行为矫正，帮助其改变认知模式，改变生活环境以减少心理刺激，从而从根本上消除心理学因素，逆转心身疾病的病理心理过程，使之向健康方面发展。这属于治本，但不容易。

（3）消除生物学症状：这主要是通过心理学技术直接改变患者的生物学过程，提高身体素质，促进疾病的康复。例如采用长期松弛训练或生物反馈疗法治疗高血压病人。

2. 心、身同治原则　心身疾病应采取心、身相结合的治疗原则，但对于具体病例，则应各有侧重。对于急性发病并且躯体症状严重的患者，应以躯体对症治疗为主，辅之以心理治疗。例如对于急性心肌梗死患者，综合的生物性救助措施是解决问题的关键，同时也应对那些有严重焦虑和恐惧反应的患者实施其后的心理指导。部分患者虽然以躯体症状为主但已呈慢性过程的心身疾病，则可在实施常规躯体治疗的同时，重点安排好心理治疗。例如原发性高血压、糖尿病的患者，除了给予适当的药物治疗外，应重点做好心理和行为指导等各项工作。心身疾病的心理干预手段，应视不同层次、不同方法、不同目的而决定，支持疗法、环境控制、松弛训练、生物反馈、认知治疗、行为矫正疗法和家庭疗法等心理治疗方法均可选择使用（详见第十三章）。

（三）心身疾病的预防

心身疾病是心理因素和生物因素综合作用的结果，因而心身疾病的预防也应同时从

笔记

心、身两方面进行；心理社会因素通常需要相当长的时间作用才会引起心身疾病，故心身疾病的心理学预防应从早做起。具体的预防工作包括：对那些具有明显心理素质上弱点的人，例如有易怒、抑郁、孤僻及多疑倾向者应及早通过心理指导健全其人格；对于那些有明显行为问题者，如吸烟、酗酒、多食、缺少运动及A型行为等，用心理行为技术予以指导矫正；对那些工作和生活环境里存在明显应激源的人，要及时进行适当的调整，减少或消除心理刺激；对出现情绪危机的正常人，应及时进行心理疏导。至于某些具有心身疾病遗传倾向的患者（如高血压家族史）或已经有心身疾病先兆征象（如血压偏高）的患者，则更应注意加强心理预防工作。

总之，心身疾病的心理社会方面的预防工作是多层次、多侧面的。

（王高华）

第二节 常见心身疾病

一、原发性高血压

原发性高血压作为人类复杂性疾病，其病因是遗传与环境等多个因素交互作用的结果。流行病学调查表明，原发性高血压发病率总的趋势为发达国家高于发展中国家，城市居民高于农村，知识阶层高于非知识阶层，老年高于非老年，寡妇和鳏夫的血压高于配偶健在者，这里重点强调与心理社会因素相关的因素。

（一）心理社会因素

1. 不良行为因素 流行病学调查发现高血压发病率与高盐饮食、肥胖、缺少运动、吸烟及大量饮酒等因素有关。

2. 童年应激 童年期的应激如被虐待、社会隔离、低社会经济状态等可导致HPA轴的高功能状态，并影响交感肾上腺髓质系统和肾素-血管紧张素-醛固酮系统，同时使个体面对挑战时更易处于焦虑状态和上述神经内分泌系统的高活动状态，这种状态可能持续到成年期，并将这一反应模式固着下来。因此临床上常常看到这些个体青春期血压偏高，这些人群未来罹患高血压的可能性高于一般人群。

3. 负性情绪 负性情绪常作为高血压的诱发因素。如Markorit等对123例血压正常的人随访了18～20年后发现，在中年男性中，焦虑、愤怒情绪及发怒后抑制情绪的发泄可明显增加高血压的危险度，是高血压发病的一个预警因素。

4. 慢性应激 应激性生活事件与高血压有关。在第二次世界大战期间，被围困在列宁格勒达三年之久的人，高血压患病率从战前4%上升到64%，长期慢性应激状态较急性应激事件更易引起高血压。而按社会经济状况、犯罪率、暴力行为的发生、人口密度、迁居率、高婚率等因素将城市区分为高应激区及低应激区，高应激区的居民高血压病发病率高于低应激区。此外注意力高度集中、精神紧张而体力活动较少的职业，以及对视觉、听觉形成慢性刺激的环境，可能也是导致血压升高的因素，如在高应激水平下工作的空中交通管理员及纺织工人高血压发病率较高。

5. 人格特征 过分谨慎、顺从、愤怒的扭曲表达、好斗等人格特质与高血压的发病有关。在应对方式中受压抑的愤怒表达和过分的愤怒表达与高血压发病有关；在不良环境下（受教育程度低下、社会经济地位低下），采用积极应对方式的人容易患高血压。

6. 精神障碍 大量研究表明失眠、焦虑障碍、抑郁障碍、双相障碍等会影响血压、血压的调节及血管内皮细胞功能。

笔记

（二）原发性高血压的心理生物学机制

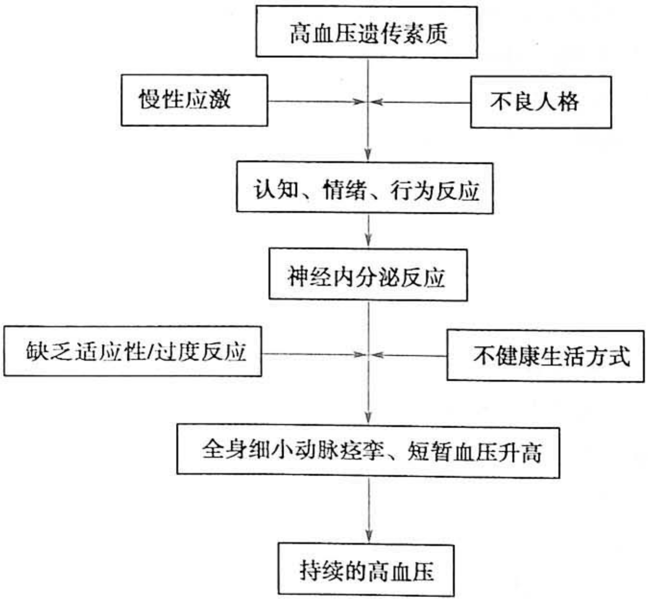


图7-1 原发性高血压的心理生物学机制示意图

从上述疾病发生的示意图可看出，高血压是复杂性疾病，目前仍然没有确切的证据来阐述心理社会因素与高血压间的机制。

目前的研究主要集中在：

1. 压抑和表达情感与血压的关系；
2. 心理社会因素与抗高血压药物的选择关系；
3. 明确与心理社会因素相关的高血压临床表型。

在高血压临床表型的研究中，从心身医学的角度更多关注高血压患者同时共患交感神经系统兴奋相关疾病；临床无法解释的严重血压升高；对利尿、钙通道阻滞断药、作用于肾素-血管紧张素-醛固酮系统的抗高血压治疗抵抗；发作性和不稳定高血压，对 α 和 β 受体拮抗剂有效者。

（三）高血压患者的疾病行为特点

由于原发性高血压常常隐匿起病，病程较长，早期血压可波动在正常与异常间，患者在刚发现高血压时常紧张焦虑，随后常见的反应是忽视疾病，这与人们对疾病的认识不足、症状轻、疾病初期对患者社会功能的影响小和身体对高血压状态的代偿性适应有关。当疾病导致机体代偿能力下降而再次产生症状时，会再度呈现紧张焦虑。

（四）高血压的健康行为教育和辅助治疗

对高血压患者的心理社会干预和健康行为教育处方是治疗高血压的基础。

1. 松弛训练 松弛训练是治疗高血压较常用的基础治疗，患者通过长期反复训练，掌握了全身主动放松时的个体体验，并逐渐做到很容易地再呈现这种心身状态，临床实验证明，长期的松弛训练可降低外周交感神经活动的张力，达到降低血压的目的。一些研究者报告了成功的病例对照研究：采用 24 小时连续动态检测血压的方法检测放松治疗和药物治疗对高血压的疗效，发现放松治疗加药物治疗优于单纯药物治疗。

2. 运动疗法 多数研究指出，耐力性运动训练或有氧运动训练均有中度降压作用。轻型高血压特别是缺乏运动的患者，可通过耐力性运动训练如快走、跑步、骑自行车、游泳、滑雪等既达到降压又可减肥和减少心脏并发症的作用。有人还指出运动可提高高密度脂蛋白胆固醇防止粥样斑块形成。但患有中、重型高血压者应避免竞争性体育项目。

笔记

3. 对伴发的精神障碍进行积极治疗 对持续存在焦虑和抑郁的患者,需选择适当的抗抑郁药物如5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)和抗焦虑药物进行治疗;并辅以认知行为治疗,改变其不良的行为和认知。对失眠、睡眠呼吸暂停综合征的患者也要积极对症治疗。

4. 改变生活习惯 减轻体重、限盐、戒烟和控制饮酒是降压的有效措施。

5. 生物反馈 是内脏学习的过程,血压成为一种能被患者“随意”操作的内脏行为,从而达到降压目的。

二、冠状动脉硬化性心脏病

(一)心理社会因素

1. A型行为模式(type A behavior pattern,TABP) 1950年由美国两位心脏病专家Friedman和Rosenman提出的概念,他们发现CHD患者大都有较高的成就欲望,富于挑战和竞争精神,容易发生无端敌意,争强好胜,不耐烦,有时间紧迫感等。Friedman称其恼怒(aggravation)、激动(irritation)、发怒(anger)和不耐烦(impatience)为“AIAI反应”。相对缺乏这些特点的行为被称为B型行为:特别有耐心的,谦虚的,放松的,有安全感的,有适当自尊的。

多年来,A型行为是否是CHD的危险因素仍有争议,A型行为中的愤怒和敌意在冠心病的发病中可能具有更重要的作用,研究发现,愤怒和敌意是男性CHD预测因素,愤怒特质与CHD的总死亡率呈正相关;因此,对CHD患者愤怒和敌意的识别和管理非常重要。此外,有支配特质者与不仅与心梗和冠脉病变所致的猝死相关,也与冠脉造影阳性结果相关,而顺从者对心脏保护作用;有时间紧迫感者患CHD危险度较对照组增加。但这些行为方式如何与冠心病相关并恶化其结局的机制尚不清楚,可能与自主神经功能改变相关。1项对18个病例对照研究的荟萃分析表明,旨在减少A型行为的心理治疗可以改善冠心病的预后。1年随访表明,当A型行为减少后,冠心病的预后显著改善。

2. 生活事件 应激性生活事件常被作为冠心病发病的危险因素之一。许多回顾性调查显示,心肌梗死患者出现症状前的6个月~1年内,其生活事件明显增多。处于应激环境中的移民比具有相同饮食习惯的原籍居民的冠心病发病率要高。战争、自然灾害后心肌梗死发生率或猝死增加,但急性应激后心源性猝死很难认定为冠心病,如纽约世贸中心遭到恐怖袭击后致死性心律失常的发生增加。

3. 冠心病与负性情绪 抑郁障碍的患者静息态心率增加和心率变异度下降。抑郁障碍患者冠心病的患病率是正常人群的2~3倍,而冠心病患者中抑郁障碍的时点患病率为17%~22%,是普通人群的3~4倍。心导管术后1年以内出现重性抑郁发作是以后出现严重心脏事件发作的独立危险因素,而与现有心脏疾病的严重程度、左室射血分数以及吸烟没有关系。最近的一项对已经发生了心肌梗死患者的前瞻性研究发现,重性抑郁是心肌梗死患者6个月内死亡的独立的危险因素。对这些因心肌梗死而住院的患者进行18个月随访研究,发现抑郁障碍的发作是以后因心脏疾病而致死的预测指标。

焦虑可使交感神经的活动增加,诱发急性心肌梗死或心源性猝死。有报道心肌梗死后焦虑严重的患者出现心脏严重缺血或死亡事件是无焦虑障碍者的5倍。此外,愤怒、敌意也是对冠心病患者造成不利影响的负性情绪。其中,愤怒回忆对心功能的损害最大。

心血管疾病与双相障碍的流行病学研究中发现,经过年龄校正后双相障碍中的心血管疾病患病率仍然较高,且起病年龄较早,有研究发现可能早4~7年;双相障碍患者较之无双相障碍患者发生多种致死性心脏事件的相对危险度为1.5~1.9。

4. 不良的健康行为 吸烟、过度饮酒、缺乏运动、过食与肥胖等是冠心病重要的危险因素。它们往往是在特定社会环境和心理环境条件下形成的。例如,一定的经济条件、饮食习惯、文化背景易造成肥胖;特定的工作条件和技术的进步造成运动缺乏等。

笔记

（二）冠心病患者的心理反应

1. 对诊断和症状的反应 许多患者常常在不知不觉中患上冠心病，在没有症状和被诊断前通常无心理反应。诊断为冠心病后患者的反应与病前的人格特征和对疾病的认识有关。倾向于悲观归因模式思维的患者常常紧张焦虑不安，甚至出现惊恐发作，在他们的生活中充满对预期死亡的焦虑，部分患者继发抑郁，整个生活方式发生重大的改变，疾病行为成为他们生活中的主要行为，这样可能加重冠心病，诱发心肌梗死。部分患者则采用“否认”的心理防御机制，导致就诊的延误。

2. 心肌梗死患者急性期心理反应 国外对冠心病监护病房（CCU）患者的研究发现，至少80%患者有不同程度的焦虑、58%出现抑郁情绪、22%产生敌对情绪、16%表现不安。通常第1天为焦虑；第2天有部分患者呈现“否认”的防卫反应；第3~5天主要为抑郁，并成为患者的主要情绪反应，其持续时间比焦虑长。在冠心病病房中的患者约33%请过精神科会诊，理由依次为：焦虑、抑郁、行为问题、敌意、谵妄、睡眠障碍、征求用药意见等。这些心理因素对疾病的发展又起着重要的作用。焦虑情绪主要是由于担心突然死亡、有被遗弃感和对各种躯体症状的反应。在CCU，由于患者突然处于一个陌生环境，并被当做一样“物体”固定在床上接受治疗。一系列监护仪器连续记录他身上的各种数据并以此评价患者的医学状态，这一切都无法被自己所控制，若周围有患者死亡或接受抢救，情绪反应可能更加严重。而在心肌梗死急性期采用“否认”机制则有利患者对疾病的适应。

3. 心肌梗死患者康复期心理反应 患者康复期最常见的主诉是疲乏、抑郁、睡眠障碍、对性生活的担心、不敢恢复工作等。因此，对大多数病例，主张在恢复早期就指导其进行渐进性活动锻炼。

（三）冠心病的心理社会干预

1. 患者教育 在不同的临床阶段，针对患者的不同症状和心理反应，作好针对性的患者教育指导工作，这些措施对患者认识疾病、减少焦虑有良好效果。

2. 危险行为的矫正 矫正A型行为中愤怒和敌意为主的“AIAI”反应，一般采用综合方法：松弛训练，改变自己的期望，进行时间管理指导和人际交往训练等。

3. 改变不良生活方式 吸烟、酗酒、过食和肥胖、缺少运动等不良生活方式的改变是一个循序渐进的过程，分阶段的计划可帮助患者逐渐克服改变不良生活方式的恐惧和不习惯。

4. 焦虑抑郁的治疗 如果患者出现明确的焦虑、抑郁，则需要针对性的药物和支持性心理治疗、认知矫正等多种方法，抗抑郁药首选SSRIs，舍曲林治疗冠心病的临床研究（SADHEART）为临床提供了很好的循证医学证据。

三、糖 尿 病

（一）心理社会因素

1. 应激性生活事件 流行病学和回顾性研究均发现，糖尿病的发生与应激性生活事件有一定关系。一些应激性生活事件如夫妻关系不和、家庭成员患病等可降低胰岛素分泌，升高血糖，诱发或加重糖尿病。Stein等（1985）对38名青少年糖尿病患者与38名患其他慢性疾病的患者进行对照研究，结果发现糖尿病组双亲去世和严重的家庭破裂等生活事件者远较对照组多，且77%发生在糖尿病发病前。Goetsch等（1990）对6例2型糖尿病患者，在自然生活环境中给予人为的应激事件（心算），结果显示在心算期间，患者的血糖水平显著增高，而且应激强度越大，血糖升高越明显，说明应激事件能引起糖尿病患者的血糖变化。大量的临床研究资料表明，生活事件与糖尿病患者的代谢也密切相关，一些糖尿病患者在饮食和治疗药物不变的情况下，由于生活事件的突然袭击，病情在一夜之间迅速加剧，甚至出现严重的并发症。

2. 负性情绪和精神障碍 抑郁可能增加血糖控制的困难和糖尿病并发症，一些研究发现抑郁与糖化血红蛋白存在相关。而抑郁的严重程度与HPT轴的调节差相关，抑郁障碍时患者对血

笔记

糖控制的依从性下降，包括不及时、按量用药，饮食控制困难、运动减少、社会功能受损、医患沟通不良等。而在抑郁控制良好的基础上，糖尿病的控制常常变得相对容易。

精神分裂症患者2型糖尿病患病率高于一般人群，这可能与抗精神病药导致的肥胖、不健康的饮食习惯和较差的卫生保健相关。非典型抗精神病药的广泛使用增加了这种倾向，因此在对精神分裂症患者进行治疗过程中对血糖、体重、血脂等的监测已经成为必需。

3. 个性特征 糖尿病历史上曾被 Dunbar(1936)看作是一种经典的心身疾病，她认为大多数糖尿病患者性格不成熟、具被动依赖性、做事优柔寡断、缺乏自信，常有不安全感，有受虐狂的某些特征。这些人格特点被称作"糖尿病患者人格"。但目前缺乏前瞻性研究来证实糖尿病患者是否有特征性的人格。

（二）糖尿病患者的心理反应

1型糖尿病患者多为青少年，他们往往难以适应糖尿病所带来的变化，其病情更易波动。对饮食和药物治疗的严格要求对于一个正在成长中的孩子来说是一个沉重的负担。糖尿病影响了他们与同龄人之间的交往，妨碍了他们完成这一年龄阶段的心理发展过程。因此，在青少年期发病的患者中常可见到激动、愤怒、抑郁与失望的情绪反应，也可见到孤僻和不成熟的性格特点。Lioyd 等对80例16～25岁1型糖尿病患者对照研究表明，糖尿病患者明显孤独，少有亲密的社会关系，并且很少对其社会关系发表意见，表现出对密切关系的恐惧。因此，如何帮助青少年适应糖尿病所带来的变化，顺利完成心理发展过程是需要关注的问题。

成年期发病的患者多为2型糖尿病，其患病后心理反应的性质、强度和持久性取决于许多因素，包括病情的严重程度、既往的健康状况、生活经历、社会支持、对疾病的认识和对预后的评估以及应对能力和性格等。需要特别指出的是，由于糖尿病患者的病情易于发生波动，所以患者的应对努力和预防病情波动的措施不一定总是导致病情稳定或好转。患者就会感到烦躁、做事无耐心、情绪不稳、失望、无所适从、悲哀、忧愁、苦闷，对生活和未来失去信心，对付外界挑战和适应生活的能力下降，甚至导致自杀行为，自杀意念的发生与抑郁严重程度和治疗依从性差相关。不良的情绪对糖尿病的代谢控制和病情转归又会产生消极的影响。

糖尿病对中枢神经系统的影响近年受到关注，由于高血糖对血管内皮的损伤，导致血-脑脊液屏障功能下降和中枢神经系统的缺血缺氧，故对人心理活动会产生全面的影响，包括认知功能、情绪、性格、运动能力等，并影响患者的社会功能，这些功能的受损又会影响患者的血糖控制，如糖尿病患者抑郁发生率 >25%，并发现抑郁和高血糖显著相关。

糖尿病还可引起性功能障碍，主要表现在性欲下降、性兴奋降低、勃起能力下降及性交次数减少，进而性满意度下降，进而影响人际关系。其原因与血糖控制不良、躯体并发症、神经系统受损和抑郁情绪有关。

总之，糖尿病是一慢性复杂疾病，帮助青少年糖尿病患者如何适应糖尿病所带来的变化，顺利完成心理发展过程非常重要。对所有糖尿病患者在帮助改变生活方式时要更多关注他们患病后的情绪反应和生活质量。

（三）糖尿病患者的心理社会干预

心理干预的主要目的是改善患者的情绪反应和提高他们对糖尿病医疗计划的依从性。

1. 糖尿病患者及其家庭的健康教育 要让患者和家属了解糖尿病的基本知识、学会注射胰岛素和尿糖测定技术，帮助患者科学地安排生活、饮食和体力活动，避免肥胖和感染的发生。

2. 改变生活方式 饮食控制是糖尿病的基础治疗措施。为了提高患者对复杂的治疗计划的遵从程度，可以采用一些行为治疗方法。例如，与患者订立一个"行为协议"。在行为协议中，为医生和患者规定一系列责任和相互期待的行为；医生和患者相互配合，共同为控制疾病负责。医生的责任是根据患者的病情为患者安排治疗（包括食谱），而患者的责任是执行医生的嘱咐，严格按食谱进食、按处方用药。这种协议可以采取口头和书面两种形式，都可提高患者的遵从

笔记

性。协议要根据患者情况不断地修正和检查，协议中也可规定必要的奖罚措施。此外，让患者每天记治疗日记、对行为作自我检测，也可提高患者的遵医行为。日记中应包括每天的饮食、活动、用药和尿糖等详细情况。医务人员不定期地检查和复核。

3. 心理治疗和精神药物治疗 一些随机对照研究证实认知行为治疗、松弛训练和应对技能训练均对糖尿病患者的血糖控制有效，但结果并不一致。主要采用支持性和解释性心理治疗，让患者正确认识糖尿病，调整对“挫折”的看法，消除抑郁情绪，并进行自我情绪控制训练，学会应对生活事件。

此外，适当的抗抑郁药物治疗对糖尿病患者伴发抑郁是有效的，并可能促进血糖的控制。

四、哮 喘

（一）心理社会因素

1. 亲子关系 支气管哮喘是一种变态反应性疾病，心理因素可以诱发和加重哮喘发作。通常起病于幼儿或儿童早期，进入青少年后逐渐缓解；成年后的哮喘常常合并慢性阻塞性肺病。以往认为哮喘是一种典型的心身疾病，1940 年，Franz Alexander 将哮喘患者的哮鸣音和气道分泌物解释为“对母亲压抑的哭声”，认为特定的人格特征和特殊的潜意识冲突是导致哮喘的主要原因。虽然部分支气管哮喘患者表现出依赖、强烈需求别人照顾和关心的特点，但一直未发现有特异性人格类型特征。精神分析学家发现约 1/3 哮喘患者具有强烈地乞求母亲或替代者保护的潜意识愿望，这种愿望使患者对母子分离特别敏感，患者的母亲常表现出过分牵挂的、审美的、统治的、助人的人格特征，因此认为患者的乞求保护的愿望是由母亲人格特点所引起，一旦患者的需求得不到及时满足时，就有可能出现哮喘发作。但这一观点未被研究证实。

长期反复发作的哮喘会引起患者的焦虑、抑郁、沮丧，加之过分注意自己疾病的行为模式，家长如果过分关注，给患儿过多的照顾，不知不觉地运用了操作性条件反射的方法，促使哮喘症状延续下去，发作更加频繁。

2. 应激性生活事件 目前认为哮喘的发生与免疫、感染、内分泌、自主神经、生物化学和心理因素有关，单独的心理因素虽不能引起发病，但是重要的促发因素，约 5% ~20% 的哮喘发作由心理因素促发，常见的有母子关系冲突、亲人死亡、弟妹出生、家庭不和、意外事件、心爱的玩具被破坏、进入幼儿园导致突然的环境改变引起不愉快的情绪等；美国纽约遭遇“9·11”恐怖袭击后，哮喘患者的症状严重程度增加 27%。

3. 负性情绪 合并焦虑或惊恐障碍可能恶化哮喘，有 30% 哮喘患者符合惊恐障碍和广场恐惧的诊断标准，高于普通人群，但常被内科医师认为是严重的哮喘发作而忽视，对呼吸困难的恐惧可能直接诱发哮喘，并导致住院率和哮喘相关的死亡率增加；哮喘患者若伴有强烈恐惧、情感不稳定、对拒绝过分反应、对待困境缺乏耐心等人格特征时可能过度使用糖皮质激素和支气管扩张剂，或过长时间的住院，而皮质激素、β_2 受体激动药、氨茶碱等可能加重焦虑。

在慢性哮喘患者中，常伴有羞耻、低自尊和抑郁，并且是导致病程加重的危险因素，抑郁伴随的睡眠障碍可能降低患者识别气道阻力增加的能力，而副交感神经的优势可能增加患者的气道反应性和阻力。

（二）哮喘患者的行为特征

由于哮喘患者对呼吸困难本身和对死亡的恐惧，表现出过分紧张、忧虑、敏感，常有濒死感，并出现心悸、多汗、震颤等交感神经兴奋的表现。而反复发作的哮喘，患者受到病痛的折磨，逐渐对疾病丧失信心，产生抑郁悲观情绪，社会功能下降，甚至出现自杀观念。有些患者长期患病，容易产生对激素、对他人的依赖心理，使哮喘更不容易控制。

（三）心理干预

对哮喘儿童应给予有条件的积极关注，创造一个和谐的家庭关系，避免对儿童的过度保护，

笔记

鼓励患儿参加外部活动，帮助患儿成长。促进患者行为方式的改变，如加强锻炼非常重要。应注意长期使用氨茶碱或皮质激素等对患者带来的不良反应，包括体重增加、情绪不稳定等，这些需在多学科合作下解决。对有焦虑的患者，使用苯二氮䓬类药物治疗有效可鉴别焦虑还是哮喘加重；伴有抑郁和焦虑的患者可使用SSRIs治疗，治疗过程中要避免药物的不良事件。

五、消化性溃疡和功能性胃肠病

（一）消化性溃疡

William Beaumont最早观察到情绪影响到人胃的外观和功能，Ivan Pavlov用狗建立的条件刺激和条件反应使人们理解了胃肠道和脑的联系，George Engel通过胃瘘在一个女患者身上发现成长因素、人际关系和情绪状态均影响胃肠功能。消化性溃疡和溃疡性结肠炎是最早被归为心身疾病的，早期的理论认为消化性溃疡的病因是胃酸分泌过多，重大生活事件、长期慢性应激、不良的情绪和人格与消化性溃疡有关。现代研究证实95%～99%的十二指肠溃疡和70%～90%的胃溃疡与幽门螺杆菌感染有关；但大量研究也证实在经历灾难、职业和家庭问题增加消化性溃疡的发病率；目前认为应激可能导致免疫力降低，增加了个体对幽门螺杆菌的易感性。

焦虑、抑郁等情绪障碍是否是消化性溃疡的病因仍然缺乏直接证据，情绪障碍可能通过危害健康的行为如吸烟、酗酒、缺乏饮食规律等影响消化性溃疡的形成和病程。尽管如此，抗菌治疗和生活行为改变已经治愈了大部分消化性溃疡。

（二）功能性胃肠病

目前与消化系统相关的心身疾病研究聚焦于神经内分泌、神经递质是如何在脑与胃肠道间交互作用的，更加关注功能性胃肠病。功能性胃肠病是一组胃肠道功能紊乱综合征，具有腹痛、腹胀、腹泻等消化系统症状，常常伴有头痛、头昏、失眠、焦虑、抑郁等神经精神症状，常常反复发作并慢性化，临床上无法找到可解释症状的阳性发现，涉及的部位包括咽、食管、胃、胆道、Oddi括约肌、小肠、大肠和肛门等。2006年《Gastroentarology》发表了新的功能性胃肠病罗马Ⅲ型诊断标准，对28个成人功能性胃肠病分6大类：食管（A类）；胃十二指肠（B类）；肠道（C类）；功能性腹痛综合征（D类）；胆道（E类）和肛门直肠（F类），将诊断标准减少至诊断前症状出现至少6个月，近3个月症状符合诊断标准，淡化了疾病功能性和器质性的界限，更阐明胃肠功能动力与内脏感知，中枢神经系统与脑-肠轴关系皆受大脑皮层调控。

报告有功能性胃肠病症状的比例较高，Drossman在美国社区中调查发现69%的人群有20个功能性胃肠功能病相关症状中的某些症状，其中功能性胃灼热感、功能性腹胀气和吞气症超过了20%。女性更多倾向报告"癔症球"、功能性吞咽困难、激惹结肠综合征、功能性便秘、功能性腹痛、排便困难等，男性则较多报告吞气症和功能性腹胀。

功能性胃肠病与精神障碍有较高的共病率，大量研究证实了应激、焦虑可影响胃肠功能。如急性应激导致食管上段静息态肌张力增加和下段肌收缩的幅度，而产生"癔症球"或食管痉挛综合征；还可降低胃窦的活动，导致功能性的恶心和呕吐；也可导致小肠运动减弱而大肠运动增加，这与结肠激惹综合征的形成有关。焦虑症患者出现"癔症球"、吞咽困难、胸痛、胃管反流等症状均与食管平滑肌收缩异常有关，提示焦虑导致了食管的生理改变而出现症状，而功能性食管动力障碍中84%的患者至少符合一种精神病学的诊断，包括抑郁症、焦虑障碍、躯体化障碍和恐惧症。

肠激惹综合征常与精神疾病共病。流行病学研究发现社区中有腹痛、腹泻、胃肠胀气、便秘、恶心和呕吐等消化道症状的患者共病抑郁障碍、惊恐障碍、广场恐惧的比例高出正常人群，而且消化道症状的数量多，则上述精神障碍的比例高；研究发现腹泻型肠激惹综合征患者存在肾上腺素能异常，而便秘型则存在胆碱能功能的异常。

笔记

大多数功能性胃肠功能病病程持续数年，但大多数预后良好；对患者的积极关注和发展建

设性的人际关系有助于改善预后。

使用精神药物治疗功能性胃肠功能病应注意药物对胃肠功能的双重影响，如TCA（三环类抗抑郁药）可以减少胃肠蠕动，减轻腹泻，但可能导致便秘。因此，基础治疗是改善饮食的种类和结构，辅以对症治疗，精神药物常常适用于病情较重的患者，可选择TCA或SSRI等抗抑郁药进行治疗，但剂量常常小于抗抑郁治疗。

六、经前期情绪障碍

经前期情绪障碍较常见，发病率为5%～10%。其特征是在妇女月经周期的黄体期后期，至少有一种心境障碍症状的严重发作，且在卵泡期早期开始缓解，月经后一周消失；其主要症状有显著的抑郁、无望和自责，显著的焦虑、紧张，显著的情绪不稳定，显著的烦恼、易激惹和人际冲突增加等，次要症状为兴趣下降、注意集中困难、精力缺乏、食欲和睡眠改变、躯体不适等，这些症状明显影响到患者的生活、工作和人际关系。有80%的女性在月经期报告有轻度经前期症状，20%～50%报告有轻中度经前期症状，这些可被称为经前期综合征，有5%的女性符合DSM-Ⅳ-TR的诊断标准。在上述5%～8%患者中，其社会功能受到影响。这样，在每一个月经周期，有1/4的育龄期妇女受到上述综合征的影响，常常影响婚姻关系和社会角色，降低了工作效率，导致直接和间接的高疾病负担。

在诊断PMDD时，常常需要前瞻性记录2个月经期的症状；对症状的回顾常常导致时间和症状严重程度的不准确。由于PMDD的主要症状是焦虑和抑郁，因此患者的诊断达到焦虑和抑郁的诊断标准时不诊断PMDD，但患者的症状在经前期会加重；鉴别诊断要考虑子宫内膜异位症、多囊卵巢综合征、甲状腺和肾上腺功能障碍、高泌乳素血症、垂体功能减退等，一些疾病如偏头痛、哮喘、癫痫、肠激惹综合征、糖尿病、变态免疫性疾病等症状可能在月经期加重。

在PMS和PMDD最初的治疗中，生活方式改变、认知治疗、钙剂等是基本的非药物治疗；如果有必要，SSRIs是一线的治疗药物。与安慰剂比较，SRI的疗效在60%～90%，而安慰剂为30%～40%，SRI可改善患者的躯体与精神症状，SSRI、SNRI等均有效，并能明显改善患者的生活质量，特别是对伴有明显情绪障碍的患者。SRI治疗PMS/PMDD的机制似乎与NRI无关，因为仅用NRI的患者不会获得症状的缓解，而在治疗过程中的起效速度快也与SRI治疗MDD起效不快有差别，并且在黄体期治疗即可；一种新的治疗策略是在月经前7天开始服药，月经来后3天内停药。尽管有临床证据表明持续治疗更能改善患者的躯体症状，但多数患者更愿意间断服药。

患者的症状可能与黄体期黄体酮减少有关，但替代治疗效果不佳。用长效促性腺激素释放激素的激动剂治疗有效；近来抑制排卵药物（口服避孕药）YAZ（炔雌醇20μg和屈螺酮3mg合剂）获得FDA批准治疗PMDD，这可能增加一线治疗的选择，其相关的临床试验在中国进行中；其他的治疗包括抗焦虑药及对症处理等。双侧卵巢切除是最后不得已而为之并彻底消除症状的方法。

七、肿瘤及其心理问题

迄今为止，各种肿瘤的发病原因尚不清楚。长期以来，人们对人格、抑郁、应激和应激性生活事件与不同的恶性肿瘤的发生进行了研究，但目前缺乏明确的证据证明这些因素与肿瘤的发生有直接关系，或是研究方法受到质疑，如样本量、心理的测量方法、随访时间、数据的标化等。一项对2018名中年男性追踪20人的研究表明人格与肿瘤的发生没有联系；一项哥本哈根的研究发现感知应激水平高的妇女，其与雌激素相关的癌症如乳腺癌、子宫内膜癌、卵巢癌的患病率有下降的趋势。某些人格特质与一些行为和生活方式相关，这些不健康的行为可能增加了患肿瘤的危险性，但由心理学变量改变免疫和内分泌的假说还未得到证实。尽管如此，慢性应激可

笔记

能通过影响神经内分泌如 HPA 轴和交感肾上腺髓质从而影响人类复杂性疾病包括恶性肿瘤的患病率，一些研究间接证实慢性应激和抑郁发作可能影响免疫系统而增加了某些肿瘤的患病率，如降低了 T 细胞和 NK 细胞的活性而影响了机体对肿瘤细胞的免疫监测过程、体细胞的突变的累积和遗传的不稳定性。

相反，恶性肿瘤对于患者及其家属来说是一系列的应激性事件，他们要经历生命的再生和生命的维持，应对治疗及相关的不良反应，处理情感的打击，调节生活来适应长久丧失和改变。这些挑战的复杂和严峻性取决于恶性肿瘤的复杂性和严重程度、治疗、患者的社会支持系统和其既往与肿瘤抗争的经历，并常常严重影响患者病情发展及其生存时间和质量。心理应激和肿瘤导致的伤残常常需要心理治疗。

在患恶性肿瘤后，患者可能会出现以下问题需要精神科医师、心理学家或职业治疗师的共同治疗。

1. 诊断恶性肿瘤后对患者的应激反应；
2. 抑郁、焦虑和精神病性症状；
3. 人际关系矛盾；
4. 酒和药物滥用；
5. 躯体症状如疼痛、乏力、日常功能障碍、淋巴水肿导致的痛苦；
6. 特殊治疗导致的痛苦；

因此，发展一种心理肿瘤学模式的照料是十分必要的。在这个模式中，肿瘤治疗医师和精神科医师、心理学家、职业治疗师等组成治疗小组对患者进行协同治疗。治疗的原则包括：

1. 所有肿瘤患者均有权得到将他们的疾病、心理、社会支持、功能康复作为治疗的目标；
2. 在治疗过程中应该切实贯彻患者、家属、照料者为中心的理念；
3. 在肿瘤治疗全过程中要贯彻患者心理社会的安宁获得优先考量；
4. 在整个治疗过程中，患者的隐私需要得到有效保护；
5. 所有参加治疗的医师都应遵循心理肿瘤学模式的照料，并且为之作出努力，同时影响其他的照料者。
6. 患者在此阶段常常经历多种治疗，医师需要对这些治疗进行有效的整合；
7. 鼓励在这个领域工作的医师发展行之有效的与患者交流的技巧，并评价患者的心理社会状态，在整个治疗过程中甄别会给患者导致不良应激的因素并尽量避免；
8. 在此领域工作的医师需要进行如何进行心理社会支持的训练；
9. 在心理社会照料中要将有循证证据的方法和策略提供给患者及其家属；
10. 肿瘤患者要有机会参与到提高肿瘤治疗和照料的服务中并为提高服务作出努力。

部分单臂开放研究证实 CBT 能提高患者乳癌切除术后的自信和生活质量。

11. 与文化相关的治疗方法在肿瘤患者心理社会照料中应该纳入，但应包括临床监管、干预有效性的临床评估，建立服务目标和服务操作标准。
12. 在精神科医师会诊的支持下，积极对患者相关的精神症状进行药物治疗。

（许秀峰）

笔记

第八章　异常心理

在新的医学模式倡导下，医学越来越关注人的心理是否正常或异常。随着医学科学的发展，人类生理正常与异常之间的辨别，已逐渐清晰明确，比较容易做出判断，但心理的正常与异常却仍然难以明辨。本章将主要介绍异常心理的概念、判别和常见心理障碍的表现等内容。

第一节　异常心理概述

一、异常心理的概念

人类正常的心理活动具有三大功能：①能保障人作为生物体顺利地适应环境，健康地生存发展；②能保障人作为社会实体正常地进行人际交往，在家庭、社会团体、机构中正常地肩负责任，使社会组织正常运行；③能使人正常地、正确地反映、认识客观世界的本质及其规律性，创造性地改造世界，创造更适合人类生存的环境条件。

但是，人类的体内外环境存在着各种影响人心理状态的因素，在有害因素的影响下，人的心理活动会出现不同程度的损伤，导致心理活动的完整性、心理与外界环境的统一性遭到破坏，出现心理活动的偏离，进而丧失正常心理活动的三大功能，出现异常的心理活动。

那么，什么是异常心理？时至今日，给异常心理下一个明确的定义仍非常困难，由于研究的角度不同，各家对异常心理的看法和定义也存在差异。

目前，对异常心理的一般性解释是：异常心理(abnormal psychology)是指个体的心理过程和心理特征发生异常改变，大脑的结构或功能失调；或是指人对客观现实反映的紊乱和歪曲。其既反映为个人自我概念和某些能力的异常，也反映为社会人际关系和个人生活上的适应障碍。

以上是对正常心理活动和异常心理活动这两个概念内涵的阐述。在临床实践或在实际生活中，需要对人类心理活动的正常与异常作出区分和判断，以便进行相应的干预和治疗。

二、正常心理与异常心理的区分和判别

人类心理与行为的正常与异常是相对的，绝对的健康和正常很难找到，即便是有心理障碍的人，他们的心理活动也并不全是异常的。而且，心理的异常与正常之间的差别也是相对的，两者之间在某些情况下可能有本质的差别，但在更多的情况下又可能只是程度的不同。所以判断一个人心理是否异常、以及心理异常的程度如何等问题，目前还没有完全统一和简洁的标准。

但在进行区分时，一般的方式都是：把某人的心理状态和行为表现放到当时的客观环境、社会文化背景中加以考虑，通过与社会认可的行为常模进行比较，以及与其本人一贯的心理状态和人格特征加以比较，从而判断此人有无心理异常，以及心理异常的程度如何。

如果一个人能够按社会认为适宜的方式行动，其心理状态和行为模式能为常人所理解，即使他有时出现轻度情绪焦虑或抑郁现象，也不能认为其心理已超出正常范围。也就是说，心理正常是一个常态范围，在这个范围内允许有不同程度的差异存在。如常说的“心理问题”，就是人们在生活中经常遇到的、与个人发展有关的心理方面的困惑，如求职择业、社会适应、感情婚恋、人际纠纷、家庭关系等问题，虽然个体会为这些问题苦恼，且对自己的生活、学习和工作造成一定的影响，但因其持续的时间短、程度较轻、较易解决，并多数人未伴随躯体症状，无需药物治疗，故这种暂时的心境不佳不属于疾病的范畴，不称之为心理异常。

笔记

由于不同的学者，从不同角度，按照不同的经验，在不同学科领域中，按照不同的标准去看待心理的正常和异常，所以，各有自己不同的区分方式。这里介绍几种近年来我国较常用的对心理异常进行区分的方法和判断标准：

1. 常识性的区分 即非专业人员对正常与异常心理的区分，主要依据日常生活经验。尽管这种做法不太科学，但也不失为一种方法。假如出现以下几种情况，可考虑为心理异常：①出现离奇怪异的言谈、思想和行为时；②呈现过度的情绪体验和表现时；③自身社会功能不完整时；④影响他人的社会生活时。

2. 心理学的区分 我国心理学家郭念锋教授根据心理学对心理活动的定义，提出了确定心理正常与异常的三条原则：

(1)主观世界与客观世界的统一性原则：因为心理是客观现实的反映，所以任何正常心理活动或行为，其形式和内容必须与客观环境保持一致。否则就是异常，如一个人说他看到或听到了什么，但当时的客观世界中并不存在引起他这种知觉的刺激物，那么就可认为，这个人的精神活动不正常，产生了幻觉。另，如果一个人的思维内容若脱离客观现实，或思维逻辑背离客观事物的规律性，则可认为他出现了思维障碍。

(2)心理活动的内在协调性原则：人类的心理活动被心理学家们人为的分为认知、情绪情感、意志行为等部分，但它自身是一个完整的统一体，各种心理过程之间具有协调一致的关系，这种协调一致性，保证人在反映客观世界过程中的高度准确和有效。如一个人遇到一件令人愉快的事，就产生愉快的情绪，手舞足蹈、欢快地向别人述说自己的内心体验。这是正常的心理与行为；如果这个人用低沉的语调，向别人述说令人愉快的事；或者对痛苦的事，做出快乐的反映，则可说他的心理过程失去了协调一致性，称为异常状态。

(3)人格的相对稳定性原则：每个人在长期的生活道路上形成的自己独特的人格心理特征，有相对的稳定性，在没有重大外界变革的情况下，一般不易改变。如果在没有明显外部原因的情况下，一个人的个性相对稳定性出现问题，也需怀疑这个人的心理活动出现了异常。如，一个用钱很仔细的人，突然挥金如土，或一个待人接物很热情的人，突然变得很冷淡，而在他的生活环境中，找不到足以促使他发生改变的原因，那么可以说，他的精神活动可能偏离正常轨道。

3. 心理异常的判断标准 正常和异常心理是一个渐变的连续体，其区别往往是相对的，但是，他们两者之间存在着相对的界限，通常按以下几条标准进行判断：

(1)内省经验标准：包括两方面，一是指病人的主观体验，即病人自己觉得有焦虑、抑郁或没有明显原因的不舒适感，或自己不能适当地控制自己的情绪或行为时，主动寻求他人的支持和帮助，或在心理医生的帮助下能明了自己确实存在问题，其特点是有主观的"自知之明"。但是，在某些情况下若没有这种不舒适感反而可能表示有心理异常，如亲人丧亡时，如果一点不悲伤或忧郁，也需考虑其有心理异常。二是从观察者而言，即观察者根据自己的经验作出心理正常还是异常的主观判断，其标准因人而异即不同的观察者有各自评定行为的常模。但由于接受过专业教育以及通过临床实践的经验积累，观察者们多形成了大致相近的评判标准，故对大多数异常心理仍可取得一致的看法，但对少数病人则可能有分歧，甚至截然相反。

(2)统计学标准：在普通人群中，对人们的心理特征进行测量的结果常常显示正态分布，居中的大多数人属于心理正常，而远离中间的两端被视为异常。因此判断一个人的心理正常或异常，就以其心理特征偏离平均值的程度来决定。心理异常是相对的，它是一个连续的变量，偏离平均值的程度越大，则越不正常。当然正常与异常的界限是人为划定的，以心理测验结果的统计数据为基础。

但这种标准也存在缺陷，如智力超常或有非凡创造力的人在人群中是极少数，但很少被人认为是病态。再者，有些心理特征和行为也不一定成常态分布，而且心理测量的内容同样受社会文化的制约。所以，统计学标准也不是普遍适用的。

笔记

(3)生物学的标准:也称为症状、体征与实验室检查阳性的标准。主要是对大脑的生理功能和结构进行检查,如发现了某一方面的阳性证据,同时发现有相应的心理异常表现,就用大脑生理和组织的检查指标作为标准来判定心理异常的存在。

(4)社会适应标准:一般情况下,心理正常的人能够调整自身的需要、动机、情感和愿望,以适应社会准则、伦理道德、风俗习惯等社会要求,达到人与社会生活环境的协调一致。如果一个人由于器质的或功能的缺陷或两者兼而有之使得个体能力受损,不能按照社会认可的方式行事,致使其行为后果对本人或社会是不适应的时候,则认为此人有心理异常。这里的正常或异常主要是与社会常规模式比较而言的。

可见,上述每一种标准都有其根据,对于判断心理正常或异常都有一定的使用价值,但不能单独用来解决全部问题。因此,应互相补充,并通过大量的临床实践,对各种心理现象进行科学分析,还应考虑其他的因素如年龄、地域、时代、社会习俗及文化的影响等,才能比较准确地判断是否有心理异常。

三、异常心理的分类

心理异常的表现多种多样,可以是严重的也可以是轻微的。根据世界卫生组织的估计,在同一时期,有 20% ~30% 的人有不同程度的心理行为异常表现。为了更好地认识人类的异常心理,也为了科学研究的总结和临床经验的交流,都必须有用共同的语言把心理行为异常进行详细的归类,但其归类工作非常复杂,至今,仍有许多不同的分类方法。目前,在医学临床诊断上使用的精神疾病分类方法有三种:①世界卫生组织颁布的《国际疾病分类》中的精神与行为分类,现已修订到第 10 版即 ICD-10;②美国精神医学学会编写的《精神疾病诊断及统计手册》,现已颁布第 4 版即 DSM-Ⅳ;③中华精神科学会制定的《中华精神疾病分类方案和统计手册》,其第 3 版为 CCMD-3。表 8-1 为以上三个分类系统的病类。

表 8-1　CCMD-3、ICD-10 与 DSM-Ⅳ的病类

CCMD-3		ICD-10		DSM-Ⅳ	
0	脑器质性精神障碍	F00	器质性,包括症状性精神障碍	1	通常在儿童少年期首次诊断的障碍
1	精神活性物质或非成瘾性物质所致精神障碍	F10	使用精神活性物质所致的精神和行为障碍	2	谵妄、痴呆、遗忘及其他认知障碍
2	精神分裂症(分裂症)和其他精神病性障碍	F20	精神分裂症、分裂型障碍及妄想性障碍	3	由躯体情况引起,未在他处提及的精神障碍
3	心境障碍(情感性精神障碍)	F30	心境(情感)障碍	4	与物质有关的障碍
4	癔症、应激相关障碍、神经症	F40	神经症性、应激相关的及躯体形式障碍	5	精神分裂症及其他精神病性障碍
5	心理因素相关心理障碍	F50	伴有生理功能紊乱及躯体因素的行为综合征	6	心境障碍
6	人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍	F60	成人的人格与行为障碍	7	焦虑障碍
7	精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍	F70	精神发育迟滞	8	躯体形式障碍
8	童年和少年期的多动障碍、品行障碍、情绪障碍	F80	心理发育障碍	9	行为障碍
9	其他精神障碍和心理卫生情况	F90	通常发生于童年与少年期的行为与情绪障碍	10	分离障碍
				11	性及性身份障碍
				12	进食障碍
				13	睡眠障碍
				14	未在他处分类的冲动控制障碍
				15	适应障碍
				16	人格障碍
				17	可能成为临床注意焦点的其他情况

(注:序号为作者所加)

笔记

这里仅介绍医学心理学的分类方法。

国内的医学心理学领域主要根据心理偏移常态的程度不同，将异常心理由轻到重大致分为以下几大类。

1. **轻度心理障碍** 是一类与心理社会因素密切相关的、程度较轻的心理障碍，如强迫症、焦虑症等各种神经症，以及创伤后应激障碍等。说这类疾病“较轻”，是因为这些病人虽然有着程度不同的心身不适感，但生活能力和社会功能基本完好，可以照常生活、工作，从表面上看与正常人区别不大。这部分病人往往需要采用心理和药物的联合治疗。

2. **严重心理障碍** 是因各种因素，使人的精神活动功能严重受损而导致的一类精神疾病。如精神分裂症、反应性精神病、情感性精神病等。这类疾病既可表现为自身精神活动诸方面的不协调，也可表现为人与外部现实环境之间不能正常地接触和反应，因而无法进行正常的社会生活。

3. **心理生理障碍** 是由于心理社会因素的作用而导致的躯体功能性障碍和躯体器质性病变的一类疾病，这类疾病在疾病的发生、发展以及转归过程中都与心理社会因素的刺激有关。如各种心身疾病。

4. **躯体器质性疾病伴发的心理障碍** 即由大脑损害和一些躯体疾病伴有的精神障碍，这类障碍以治疗其躯体疾病为主，同时辅以心理治疗。

5. **人格障碍**：后述。

6. **行为问题和不良的行为习惯** 即影响健康的行为习惯。对身体、心理、社会各方面带来危害的常见的不良行为有：烟瘾、酒瘾、药瘾、厌食和贪食、网络成瘾等等。

7. **特殊条件下产生的心理障碍** 包括在药物、催眠、航空等等特殊条件下产生的心理障碍。如海洛因、烟草和酒精等状态下的精神障碍。

第二节 常见的异常心理

一、焦虑障碍

焦虑(anxiety)是一种源于内心的紧张、压力感，常表现为内心不安、心烦意乱，有莫名其妙的恐惧感和对未来的不良预期感，常常伴有憋气、心悸、出汗、手抖、尿频等自主神经功能紊乱症状。当人们面对潜在或真实的危险或威胁时，都会产生焦虑，那些因一定原因引起、可以理解、适度的焦虑，属于正常焦虑反应。病理性焦虑是指没有明确的致焦虑因素，或者是刺激和反应不对称，反应严重或持续的焦虑反应，也称之为焦虑障碍。焦虑障碍是焦虑症、恐惧症、强迫症、创伤后应激性焦虑障碍和围绝经期精神障碍等的常见临床表现。在此，仅介绍焦虑症。

焦虑症(anxiety neurosis)，是一种以焦虑、紧张、恐惧情绪为主，伴有自主神经系统症状和运动不安等为特征的神经症。患者的焦虑情绪并非由实际威胁或危险引起，或其紧张不安与恐慌程度与现实处境很不相称。这是世界公认的一组高发疾病。我国调查显示：焦虑症在一般居民中的发病率为2%，女性多于男性，在文化程度低、收入低或家庭气氛不和睦者中更多见。

1. **发病原因** 主要有①人格基础，以多愁善感、敏感、情绪化，容易忧虑、古板、保守、孤僻等情绪不稳定或性格内向的人多见。②社会心理因素，常为一诱发因素，非特异性，如要作出重要的决定时，人们需要为此作出调整，当这种调整超出正常的适应能力，或超出可承受限度，就可导致焦虑。③遗传因素。研究发现单卵双生子惊恐障碍的同病率高于双卵双生子。

笔记

不同学派对此有不同解释。精神分析学派相信焦虑症是由于过度的内心冲突对自我威胁

的结果。行为主义则认为焦虑是一种习得性行为，条件刺激泛化则形成焦虑症。

2. 临床表现 其分为广泛性焦虑障碍和惊恐发作，两种类型表现不同：①惊恐发作即急性焦虑，患者在日常生活、工作、学习中，突然出现强烈的窒息感、濒死感和精神失控感同时伴有严重的自主神经功能失调这种，如胸痛、胸闷、心动过速、心跳不规则；或呼吸困难、喉头堵塞等。有地表现过度换气、头晕、多汗、步态不稳、颤抖、手足麻木、胃肠道不适等症状。发作历时很短，一般5～10分钟，很少超过1个小时，即可自行缓解。发作过后患者仍心有余悸，由于担心再次发病时得不到及时的帮助，因而主动回避一些活动，如不愿单独出门。②广泛性焦虑又称慢性焦虑，是焦虑症最常见的表现形式。以经常的或持续的，无明确对象或固定内容的紧张不安，或对现实生活中某些问题过分担心，这种担心与现实很不相称。整日处于大祸临头的模糊恐惧和高度警觉状态，惶惶不可终日。自主神经功能失调的症状经常存在，表现为心悸、出汗、胸闷、呼吸急促、口干、便秘、腹泻、尿急、尿频，周身肌肉酸麻胀痛、头与呼吸有紧压感等全；甚至出现阳痿、早泄、月经失调。运动性不安主要表现为搓手顿足、来回走动、坐立不安、手指震颤、全身肉跳等。由于紧张不安，以及警觉性高，对外界刺激易出现惊跳反应，注意力难于集中，有时感到脑子一片空白。

二、抑郁障碍

抑郁（depression）也称情感低落，表现为心情异常低落，心境抑郁，自我感觉不良，兴趣减退，常自罪自责，甚至自伤和自杀。常伴有食欲减退或缺失、闭经等。多见于抑郁症患者。

抑郁症属于心境障碍，又称抑郁障碍或抑郁发作（depressive episode），是各种原因引起的以心情低落为主要症状的一种疾病，患者常有兴趣丧失、自罪感、注意困难、食欲丧失和自杀观念，并有其他的认知、行为和社会功能的异常。

1. 发病原因 一般认为，遗传因素或早年生活经历如童年丧亲经历在抑郁障碍发生中可能导致一种易感素质，具有易感素质的人在一定环境因素的促发下发病。①生物学因素：研究发现本病有家族史者高达30%～41.8%，血缘关系越近患病率越高；某些抑郁患者脑内的多巴胺功能降低，乙酰胆碱能神经元过度活跃，其中自杀者的脑脊液中5-羟色胺代谢产物5-HIAA含量降低；等。②生活事件与环境应激事件：如意外灾害、亲友亡故、经济损失等严重负性生活事件往往构成抑郁症的致病因素。③心理学理论：精神分析理论强调早年经历对成年期障碍的影响，将抑郁症看作对亲密者所表达的攻击，以及未能摆脱的童年压抑体验，另一些精神分析家认为抑郁症是自我与超我之间的矛盾。学习理论则采用“获得性无助”来解释抑郁症的发生。认知理论认为，抑郁症患者存在一些认知上的误区，如悲观无助、对生活经历的消极的扭曲体验、过低的自我评价等。

2. 临床表现 既往将抑郁症的表现概括为“三低症状”，即情绪低落、思维迟缓、意志减退，但不一定见于所有抑郁症患者身上。目前将抑郁症的表现归纳为核心症状、心理症状群、躯体症状群三个方面。①核心症状：包括情绪低落、兴趣缺失，精力减退。情绪低落可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，悲观、对前途失望甚至绝望，丧失自信或自尊，无价值感和无助感，十分消极；兴趣缺失为对以前喜爱的活动都失去兴趣，丧失享乐能力；精力不足表现为过度疲乏，打不起精神、行动费劲、语调低沉、行动迟缓，严重者可卧床不起。②心理症状群主要有：焦虑、自罪自责、精神病性症状如幻觉和妄想，认知症状如认知扭曲、注意力和记忆力下降等；精神运动性迟缓，面部表情贫乏或缺乏表情，或激越，无目的的失控行为增多；自知力受损；自杀方面，有自杀观念和行为的占50%以上，约10%～15%的患者最终死于自杀。③躯体症状群有：睡眠紊乱，如不易入睡、睡眠浅、早醒，早醒是特征性症状；食欲紊乱和胃肠功能紊乱，如食欲下降、胃痛胃胀；慢性疼痛，为不明原因的头疼和全身疼痛；性功能减退、性欲下降；其他非特异性症状如头昏脑胀、周身不适、肢体沉重、心慌气短等；症状表现常晨重暮轻。

笔记

三、躯体形式障碍

（一）概念

躯体形式障碍（somatoform disorder）是一类以持久的担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征的神经症。病人因这些症状反复就医，各种医学检查阴性和医生的解释均不能打消其疑虑。即使有时患者确实存在某种躯体障碍，但不能解释症状的性质、程度或病人的痛苦与先占观念。这些躯体症状被认为是心理冲突和个性倾向所致，但对病人来说，即使症状与应激性生活事件或心理冲突密切相关，他们也拒绝探讨心理病因的可能。患者常伴有焦虑或抑郁情绪。

（二）分类及临床表现

CCMD-3 关于躯体形式障碍的种类包括：

1. 躯体化障碍 是一种以多种多样、经常变化的躯体症状为主的神经症。症状可涉及身体的任何系统或器官，最常见的是胃肠道不适（如疼痛、打嗝、反酸、呕吐、恶心等），异常的皮肤感觉（如瘙痒、烧灼感、刺痛、麻木感、酸痛等），皮肤斑点，性及月经方面的主诉也很常见，常存在明显的抑郁和焦虑。常为慢性波动性病程，并在社会、人际及家庭行为方面长期存在严重障碍。女性远多于男性，多在成年早期发病。病程至少 2 年以上。

2. 未分化躯体形式障碍 其常诉述一种或多种躯体症状，症状具有多变性，其临床表现类似躯体化障碍，但构成躯体化障碍的典型性不够，其症状涉及的部位不如躯体化障碍广泛，也不那么丰富。病程在半年以上，但不足 2 年。

3. 疑病症 是一种以担心或相信患严重躯体疾病的持久性优势观念为主的神经症，病人因为这种症状反复就医，各种医学检查阴性和医生的解释，均不能打消其疑虑。即使病人有时存在某种躯体障碍，也不能解释所诉症状的性质、程度，或病人的痛苦与优势观念，常伴有焦虑或抑郁。对身体畸形（虽然根据不足）的疑虑或优势观念也属本症。本障碍男女均有，无明显家庭特点（与躯体化障碍不同），常为慢性波动性病程。

4. 躯体形式自主神经紊乱 是一种主要受自主神经支配的器官系统（如心血管、胃肠道、呼吸系统）发生躯体障碍所致的神经症样综合征。病人在自主神经兴奋症状（如心悸、出汗、脸红、震颤）基础上，又发生了非特异的，但更有个体特征和主观性的症状，如部位不定的疼痛、烧灼感、沉重感、紧束感、肿胀感，经检查这些症状都不能证明有关器官和系统发生了躯体障碍。因此本障碍的特征在于明显的自主神经受累，非特异性的症状附加了主观的主诉，以及坚持将症状归咎于某一特定的器官或系统。

5. 躯体形式疼痛障碍 是一种不能用生理过程或躯体障碍予以合理解释的持续、严重的疼痛。情绪冲突或心理社会问题直接导致了疼痛的发生，经过检查未发现相应主诉的躯体病变。病程迁延，常持续 6 个月以上，并使社会功能受损。诊断需排除抑郁症或精神分裂症病程中被假定为心因性疼痛的疼痛、躯体化障碍，以及检查证实的相关躯体疾病与疼痛。

四、人格障碍

（一）概念

对于人格障碍（personality disorder），中国精神疾病诊断标准第 3 版（CCMD-3）的定义是：指人格特征明显偏离正常，使病人形成了一贯的反映个人生活风格和人际关系的异常行为模式。这种模式显著偏离特定的文化背景和一般认知方式（尤其在待人接物方面），明显影响其社会功能与职业功能，造成对社会环境的适应不良，患者为此感到痛苦，并已具有临床意义。

患者无智能障碍，一般能处理自己的日常生活、工作，但在社会生活中常与周围人发生冲突，从而使自己感到痛苦或使社会其他人受到损害，对个体或社会有不良影响，其却很难从错误中吸取应有的教训加以纠正。该病开始于童年或青少年期并长期持续发展至成年或终生，仅少

笔记

数在成年后程度上可有改善。其形成的原因尚不清楚，通常认为，其是由生物、心理和社会文化诸因素共同作用的结果。

（二）分类及临床表现

人格障碍的表现比较复杂，目前的分类尚未统一，CCMD-3 将人格障碍分为以下几个类型：

1. 偏执性人格障碍　其以猜疑和偏执为特点，男性多于女性。表现至少有下列 3 项：①对挫折和遭遇过度敏感；②对侮辱和伤害不能宽容，长期耿耿于怀；③多疑，容易将别人的中性或友好行为误解为敌意或轻视；④明显超过实际情况所需的好斗，对个人权利执意追求；⑤易有病理性嫉妒，过分怀疑恋人有新欢或伴侣不忠，但不是妄想；⑥过分自负和自我中心的倾向，总感觉受压制、被迫害，甚至上告、上访，不达目的不肯罢休；⑦具有将其周围或外界事件解释为“阴谋”等的非现实性优势观念，因此过分警惕和抱有敌意。

2. 分裂样人格障碍　其以观念、行为和外貌装饰奇特、情感冷漠，及人际关系明显缺陷为特点。男性略多于女性。表现至少有下列 3 项：①性格明显内向（孤独、被动、退缩），与家庭和社会疏远，除生活或工作中必须接触的人外，基本不与他人主动交往，缺少知心朋友，过分沉湎于幻想和内省；②表情呆板，情感冷淡，甚至不通人情，不能表达对他人的关心、体贴及愤怒等；③对赞扬和批评反应差或无动于衷；④缺乏愉快感；⑤缺乏亲密、信任的人际关系；⑥在遵循社会规范方面存在困难，导致行为怪异；⑦对与他人之间的性活动不感兴趣（考虑年龄）。

3. 反社会性人格障碍　以行为不符合社会规范，经常违法乱纪，对人冷酷无情为特点，男性多于女性。表现至少有下列 3 项：①严重和长期不负责任，无视社会常规、准则、义务等，如不能维持长久的工作或学习，经常旷工/旷课、多次无计划地变换工作；有违反社会规范的行为，且这些行为已构成拘捕的理由（不管拘捕与否）；②行动无计划或有冲动性，如进行事先未计划的旅行；③不尊重事实，如经常撒谎、欺骗他人，以获得个人利益；④对他人漠不关心，如经常不承担经济义务、拖欠债务、不抚养子女或赡养父母；⑤不能维持与他人长久的关系，如不能维持长久（1 年以上）的夫妻关系；⑥很容易责怪他人，或对其与社会相冲突的行为进行无理辩解；⑦对挫折的耐受性低，微小刺激便可引起冲动，甚至暴力行为；⑧易激惹，并有暴力行为，如反复斗殴或攻击别人，包括无故殴打配偶或子女；⑨危害别人时缺少内疚感，不能从经验，特别是在受到惩罚的经验中获益。

其在 18 岁前有品行障碍的证据，至少有下列 3 项：①反复违反家规或校规；②反复说谎（不是为了躲避体罚）；③习惯性吸烟，喝酒；④虐待动物或弱小同伴；⑤反复偷窃；⑥经常逃学；⑦至少有 2 次未向家人说明的外出过夜；⑧过早发生性活动；⑨多次参与破坏公共财物活动；⑩反复挑起或参与斗殴；另还有被学校开除过，或因行为不轨而至少停学一次；或被拘留或被公安机关管教过。

4. 冲动性人格障碍（攻击性人格障碍）　以情感爆发，伴明显行为冲动为特征，男性明显多于女性。至少有下列 3 项表现：①易与他人发生争吵和冲突，特别在冲动行为受阻或受到批评时；②有突发的愤怒和暴力倾向，对导致的冲动行为不能自控；③对事物的计划和预见能力明显受损；④不能坚持任何没有即刻奖励的行为；⑤不稳定的和反复无常的心境；⑥自我形象、目的，及内在偏好（包括性欲望）的紊乱和不确定；⑦容易产生人际关系的紧张或不稳定，时常导致情感危机；⑧经常出现自杀、自伤行为。

5. 表演性（癔症性）人格障碍　以过分的感情用事或夸张言行吸引他人的注意为特点，并至少有下列 3 项表现：①富于自我表演性、戏剧性、夸张性地表达情感；②肤浅和易变的情感；③自我中心，自我放纵和不为他人着想；④追求刺激和以自己为注意中心的活动；⑤不断渴望受到赞赏，情感易受伤害；⑥过分关心躯体的性感，以满足自己的需要；⑦暗示性高，易受他人影响。

6. 强迫性人格障碍　其以过分的谨小慎微、严格要求与完美主义、及内心的不安全感为特征。男性多于女性 2 倍，至少有下列 3 项表现：①因个人内心深处的不安全感导致优柔寡断、怀

笔记

疑,及过分谨慎;②需在很早以前就对所有的活动作出计划并不厌其烦;③凡事需反复核对,因对细节的过分注意,以致忽视全局;④经常被讨厌的思想或冲动所困扰,但尚未达到强迫症的程度;⑤过分谨慎多虑、过分专注于工作成效而不顾个人消遣,及人际关系;⑥刻板和固执,要求别人按其规矩办事;⑦因循守旧、缺乏表达温情的能力。

7. **焦虑性人格障碍** 以一贯感到紧张、提心吊胆、不安全,及自卑为特征,总是需要被人喜欢和接纳,对拒绝和批评过分敏感,因习惯性地夸大日常处境中的潜在危险,而有回避某些活动的倾向。并至少有下列3项表现:①一贯的自我敏感、不安全感,及自卑感;②对遭排斥和批评过分敏感;③不断追求被人接受和受到欢迎;④除非得到保证被他人所接受和不会受到批评,否则拒绝与他人建立人际关系;⑤惯于夸大生活中潜在的危险因素,达到回避某种活动的程度,但无恐惧性回避;⑥因"稳定"和"安全"的需要,生活方式受到限制。

8. **依赖性人格障碍** 以过分依赖为特征,并至少有下列3项中的表现:①要求或让他人为自己生活的重要方面承担责任;②将自己的需要附属于所依赖的人,过分地服从他人的意志;③不愿意对所依赖的人提出即使是合理的要求;④感到自己无助、无能,或缺乏精力;⑤沉湎于被遗忘的恐惧之中,不断要求别人对此提出保证,独处时感到很难受;⑥当与他人的亲密关系结束时,有被毁灭和无助的体验;⑦经常把责任推给别人,以应对逆境。

9. **其他或待分类的人格障碍** 包括被动攻击性人格障碍、抑郁性人格障碍和自恋性人格障碍等。

五、睡眠障碍

(一)概念

睡眠具有恢复精力、体力的功能,可以帮助个体完成清醒时尚未结束的心理活动。正常人每隔24小时有一次觉醒与睡眠的节律性交替。睡眠量常依年龄不同而异,新生儿需睡18~20小时,儿童12~14小时,成人7~9小时,老年人一般只需5~7小时。

梦是睡眠中在某一阶段的意识状态下所产生的一种自发性的心理活动。在此心理活动中个体身心变化的整个历程,称为做梦(dreaming)。

睡眠障碍(sleep disorder)是睡眠量不正常以及睡眠中出现异常行为的表现,也是睡眠和觉醒正常节律性交替紊乱的表现。美国的DSM-Ⅳ对睡眠障碍的定义包括两个要点:①连续睡眠障碍时间长达一个月以上;②睡眠障碍的程度足以造成主观的疲累、焦虑或客观的工作效率下降、角色功能损伤。

睡眠障碍有多种分类,1979年美国睡眠障碍协会制定的分类方法将睡眠障碍分为四大类:①入睡和维持睡眠障碍(主要指失眠);②白天过多瞌睡;③睡眠中的异常行为;④睡眠节律紊乱。

(二)失眠

1. **定义** 通常指患者对睡眠时间和(或)量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验。按病程分:①一过性或急性失眠,病程<4周;②短期或亚急性失眠,病程在4周至3个月、6个月之间;③长期或慢性失眠,病程>6个月。

2. **失眠的表现** 入睡困难;不能熟睡;早醒、醒后无法再入睡;频频从噩梦中惊醒,自感整夜在做噩梦;睡过之后精力没有恢复;容易被惊醒,有的对声音敏感,有的对灯光敏感。还会引起疲劳感、不安、全身不适、无精打采、反应迟缓、头痛、记忆力不集中等。很多失眠者喜欢胡思乱想。

3. **失眠的原因** 有生理上、心理上的原因,以及这两者之间的混合状况。从医学和心理学的角度大致会有:①精神障碍:如抑郁障碍、焦虑症、恐惧症、精神分裂症等。②心理社会因素:如家庭婚姻、升学就业、晋升、子女教育等问题;重大事件的心理创伤;对失眠的恐惧;某些个性

笔记

特点等。③反生理时钟引起：如通宵上网、时差、倒班等。④某些药物、食物（茶、咖啡、酒等）和环境变化。⑤其他疾病：如一些躯体疾病和脑部疾患。

4. 失眠的治疗

（1）药物疗法：适当使用安眠药是治疗失眠的成功方法。但要根据情况按医生医嘱正确用药。

（2）针对原发病治疗：可到医院进行检查，如没有器质性疾病，再从其他方面找寻失眠原因。

（3）心理行为治疗：有睡眠障碍专家认为，对于心因性失眠，药物只是一种辅助治疗，只有心理行为治疗才能解决根本问题。这包括：①端正对失眠的认识；②养成良好的睡眠习惯；③创造良好的睡眠环境；④安抚烦乱心理；等。其他还有放松疗法、森田疗法、音乐疗法等对失眠都有一定的疗效。

（三）其他睡眠障碍

1. 白天过多瞌睡 主要表现：白天出现无法克制的睡意，可有无意识动作、认知功能降低等表现，将影响工作与学习，如果发生在驾驶或特种工作时，可造成交通事故或意外。

2. 睡眠中的异常行为 主要指与睡眠有关的发作性躯体异常或行为异常，其特点与睡眠阶段或睡眠-觉醒的转变有关。如梦游症、梦呓（说梦话）、夜惊（在睡眠中突然骚动、惊叫、心跳加快、呼吸急促等）、梦魇（做噩梦）、磨牙、不自主笑、肌肉或肢体不自主跳动等。这些发作性异常行为不是出现在整夜睡眠中，而多是发生在一定的睡眠时期。

3. 睡眠节律紊乱 患者的睡眠模式与常规的作息时间不同，从而出现失眠，主要指睡眠时相迁移/延迟综合征。前者常见老年人，夜间入睡和晨间觉醒时间均提前；而后者常见青年人，表现为入睡和觉醒时间后移。

六、进食障碍

进食障碍（eating disorder）是指由社会心理因素引起的，故意拒食、节食或呕吐，导致体重减轻和营养不良，或出现发作性不可克制的贪食等异常的进食行为。绝大多数时候，厌食和贪食是一对刻薄的孪生姐妹，临床心理学家把这两种症状都叫做进食障碍，称为神经性厌食症和贪食症。

（一）神经性厌食症

是一种多见于青少年女性的进食行为异常，特征为故意限制饮食，使体重降至明显低于正常的标准，为此采取过度运动、引吐、导泻等方法以减轻体重。常过分担心发胖，甚至已明显消瘦仍自认为太胖，即使医生进行解释也无效。部分病人可以用胃胀不适，食欲下降等理由，来解释其限制饮食。本症并非躯体疾病所致的体重减轻，病人节食也不是其他精神障碍的继发症状。其发病原因主要是心理因素，人格的易感性有一定作用，社会文化、生物学因素与该病的发生也有关系。

其主要临床表现为主动拒食或过分节食，导致体重逐渐减轻，形体消瘦，体象障碍及神经内分泌的改变。该病一般起病缓慢，部分患者起病前稍胖，并对体重非常敏感，喜欢苗条身段，整日专注于自身的体重、体形，严格控制每日的进食量。之后，进食量逐渐减少，虽然已骨瘦如柴，但仍认为肥胖，有的患者由于过度节食，可出现间歇贪食，但饱餐之后立即自行引吐、导泻，以致营养不良，皮肤干燥，血压和体温下降，脉搏迟缓，严重者出现水电解质紊乱，且易并发其他感染。并可出现精神症状，如焦虑不安、抑郁悲观、失眠、注意力不集中、易激惹等。由于节食引起内分泌功能紊乱，女性可出现月经稀少或闭经，男性可出现性欲减退。如果于青春期之前发病，则表现为第二性征发育延迟。

（二）神经性贪食症

也是一种进食障碍，特征为反复发作和不可抗拒的摄食欲望，及暴食行为，病人有担心发胖

笔记

的恐惧心理，常采取引吐、导泻、禁食等方法以消除暴食引起发胖的极端措施。可与神经性厌食交替出现，两者具有相似的病理心理机制，及性别、年龄分布。多数病人是神经性厌食的延续者，发病年龄较神经性厌食晚。该病的发病机制尚未清楚，一般认为可能与心理因素、家庭环境因素、社会文化因素、遗传因素、生化代谢因素有关。

其主要临床表现为发作性不可抗拒的摄食欲望和行为，一般在短时间摄入大量食物、进食时常避开人，在公共场合则尽量克制。过后因担心发胖的恐惧心理或为了减轻体重，反复采用自我引吐、服用泻药或利尿剂、节食及大量运动，随着病情的进展，患者可根据自己的意愿吐出食物。反复呕吐会导致机体电解质紊乱和躯体并发症（手足抽搐、癫痫发作、心律失常、肌无力、月经紊乱、皮肤及口腔溃疡等），及随后体重的严重下降。

七、自杀行为

（一）概述

自杀（suicide），《大不列颠百科全书》将其定义为：有意或故意伤害自己生命的行为。这个定义强调个体致死的动机。自杀有四个基本特点：①自杀是有意识导致死亡的；②自杀是故意的；③自杀是自我采取的针对自我的伤害行为；④自杀可以是间接的或被动的。

据WHO估计，全球约每3秒钟有一例自杀未遂，每40秒钟有一例自杀死亡，每年死于自杀的人数大约有100万，2000万人自杀未遂。数据显示中国1993自杀率为22/10万；1995—1999年，我国15—34岁的年轻人中，每10万人有26人自杀死亡，自杀成为这个年龄段第一位的死亡原因。

（二）自杀的原因

一般认为，自杀是生物、心理、社会因素复杂的相互作用的结果。有学者认为，我国的自杀率较高与传统文化有一定关系。在中国历史上，最高尚的政治道德原则是杀身成仁，舍生取义；最高尚的友谊是刎颈之交；最凄美的爱情故事是讲述自杀殉情的如梁祝、孔雀东南飞。中国传统提倡献身性的“利他型”、“殉国型”自杀，宽容和同情一些不得已的自杀行为。这给自杀提供了丰厚的情感土壤。可以比较的是，日本文化更加崇尚自杀，故现代日本的自杀率也一直居高不下。

根据自杀的不同原因，可归为几种类型：

1. 精神障碍导致的自杀 据2000年WHO资料，精神障碍自杀占所有自杀个案的30%～40%，其中，抑郁障碍自杀占全部精神障碍自杀的1/4，精神分裂症自杀占全部精神障碍自杀的27%～30%。自杀死亡者中80%以上的人患有不同程度的精神障碍。

2. 躯体障碍为主的疾病导致自杀 某些预后不良的疾病如恶性肿瘤，由于躯体痛苦的折磨，再伴随有其他心理社会因素困扰时，患者很容易走向自杀。

3. 非疾病（普通）人群自杀 普通人群中也存在一定比例自杀者。有学者研究认为，这部分人群有一些特殊的心理特点：①喜欢从阴暗面看问题，对全社会、特别是对周围人群抱有深刻的敌意，戒备心理较强。②社交能力差，从思想上、感情上把自己与社会隔离开来，缺乏归属感。③适应能力差，应付困难的技能力较差。④缺乏理性的生活态度，在挫折和困难面前或倾向于夸大负性事件的危害性，倾向于自暴自弃；或过分追求绝对化、肯定化，不能忍受生活中的不确定性。⑤人格不成熟，情绪不稳定，对自己的定位不准确，等等。

4. 宗教信徒自杀或集体自杀 宗教信徒自杀是在某种邪教思想的笼罩和奴役下，出现的一种集体无意识的冲动性行为。如邪教教主声称：若在某年某月某日某时在某地轻生（死法可不一），即可承蒙上帝耶稣接引上升天堂，享有一切快乐。结果，参与该活动的该派宗教人士全部自杀罹难，唯独教主自己没有自杀，随后即将金钱财物全部带走。对此，政府部门需要干预。值得注意的是，集体自杀多发生于青少年。有学者认为：从心理病理学的角度分析，集体自杀实际

笔记

上属于癔症的一种，主要是指在暗示的作用下引起的精神混乱和(或)转换症状。

(三) 自杀的基本线索

研究证实，自杀并非突发。一般而言，自杀者在自杀前处于想死而又渴望被救助的矛盾心态时，从其行为与态度变化中可看出蛛丝马迹，大约2/3的人都有可观察到的征兆。对于绝大多数经受过心理的巨大痛苦而想自杀的人来说，自杀前常会出现一些迹象作为征兆。

1. 言语上的征兆 直接向人说:“我想死。”“我不想活了。”间接向人说:“我所有的问题马上就要结束了。”“现在没有人可以帮助我。”“没有我，他们会过得更好。”“我再也受不了了。”“我的生活毫无意义。”此外，还有谈论与自杀有关的事或开自杀方面的玩笑；谈论自杀计划、自杀方法、日期和地点；流露出无助或无望的心情；突然与亲朋告别，说如果他/她走了，不要想念他/她；等等。

2. 行为上的征兆 以前有过自伤行为、或自杀未遂；出现突然的、明显的行为改变(如学习成绩突然显著好转或恶化、或中断与他人的交往或出现很危险的行为)；出现抑郁的表现；将自己最珍贵的东西送人；有条理地安排后事；频繁出现交通事故；饮酒或吸毒的量增加；出现一些如进食障碍、失眠或睡眠过多、慢性头疼或胃疼、月经不规律等等症状。

(四) 自杀干预

对于自杀，一个都太多！因为研究发现，一个人自杀至少要让周围5个人的情绪和生活受到严重的、长期的影响。而且及时的干预能有效地阻止自杀者的自杀行为发生或自杀死亡发生。有学者言:“自杀就是身边没有人”。如果始终有人陪伴自杀者的话，可有效地阻止其自杀行动的实施。具体干预见后续的危机干预。

(唐峥华)

笔记

第九章　健康行为

全球疾病死亡谱和患病率排行在第二次世界大战前后有很大变化，原来排在前列的结核、肺炎、肠胃炎等传染性疾病，让位于心脑血管疾患和癌症等，这与不良生活方式和行为习惯有很大关系。本章先介绍健康行为与行为转变，然后依次介绍烟、酒和网络成瘾，饮食、运动与肥胖，性行为与性传播疾病。

第一节　健康行为与行为转变

健康行为是有助于个体在生理、心理和社会上保持良好状态的行为。它与健康信念密切相关，是个体为维持、实现、重建健康和预防疾病的活动。

研究行为与健康关系属于健康心理学领域，后者主张采用心理学方法来改变或矫正有碍身体健康的生活方式和行为习惯，涉及应激、药物滥用、疼痛的心理方面、疾病心理等。

一、健康行为

健康行为(health behavior)是指有助于个体在生理、心理和社会上保持良好状态(健康)的行为，涵盖健康相关行为和健康保护行为。危险行为(risk behavior)是指与疾病关联的行为，涵盖疾病行为、疾病角色行为、损害健康习惯。常见的危险行为可以归纳为如下四类：

①不良生活方式与习惯：饮食过度；高脂、高糖、低纤维素饮食；挑食；嗜好致癌性食物。

②不良病感行为：病感行为是指个体从感知到自身有病到疾病康复全过程所表现出来的一系列行为。不良病感包括疑病行为、恐惧、讳疾忌医、不及时就诊、不遵从医嘱、迷信、放弃治疗而自暴自弃等。

③日常损害健康行为：吸烟、酗酒、吸毒、不良性行为等。

④致病性行为模式：它是导致特异性疾病发生的行为模式，例如，A 型行为和 C 型行为。

1. Kasl 和 Cobb 的健康相关行为　早在 1966 年，Kasl 和 Cobb 从疾病角度曾提出三类健康相关行为：①有助于个体在生理、心理和社会上保持良好状态的健康行为，包括健康的饮食习惯、不吸烟、规律运动、维持合理体重等，健康行为发挥预防疾病的作用；②寻求医疗机构治疗的疾病行为(illness behavior)，疾病行为影响个体的及时就诊和患病初期的病情控制；③与执行医嘱服药、休息等康复活动有关的疾病角色行为(sick behavior)。

2. Matarazzo 的健康保护和损害行为　按照行为是否有益，Matarazzo(1984)将行为分为保护健康行为和损害健康行为。

(1)保护健康行为是对健康发挥积极促进作用的行为，诸如刷牙、系安全带、接受健康信息等。

美国加利福尼亚人类人口研究室的 Belloc 和 Breslow 经过十五年研究，总结出七种健康保护行为，分别是：从不吸烟、有规律地体力活动、晚上睡 7 ~ 8 小时、保持正常体重、适度饮酒或不喝酒、吃早餐、两餐之间很少吃零食。拥有 6 至 7 项健康行为的 45 岁男性比 0 至 3 项拥有者的预期寿命多 11 岁。

在预防心脏病方面，国际心脏健康会议于 1992 年在加拿大的《心脏健康的维多利亚宣言》中提出了健康的膳食习惯、戒烟、经常运动和支持性心理社会环境四项健康保护行为。

(2)损害健康行为，或称行为病因，它是指偏离个人、团体乃至社会健康所期望方向的一组相对明显、相对确定的、对健康有不良影响的行为。

笔记

3. 健康行为的影响因素 行为受观念约束，健康行为也因健康和疾病观念而形成，健康行为与观念受到民间医学、文化、社会地位、经济条件、工业化和媒体宣传、医疗政策与社会健康计划等因素的影响。

(1)民间医学的影响：为了应对危险环境，人类的祖先用不同的植物反复试验，通过观察动物对疾病和创伤的反应，不断从错误中汲取经验和教训，形成民间医学，体液学说、印度草医学和中医等是其中的代表。

虽然民间医学的影响范围往往局限于某一特定地域、人群或时间范围内，但民间医学影响人们的健康和疾病观念。在印度草医学中，胸痛就被认为是情绪烦乱的症状，而不是机体功能受到器质性损害的迹象。在南亚，"精液丢失"一般被认为是症状，而这在西方则无伤大雅。明朝顾起元的"恼一恼，老一老；笑一笑，少一少"，解释了情绪与健康的关系。我国民间有"饭后百步走，活到九十九"、"行如风，坐如钟，站如松，睡如弓"的行为规范。

(2)文化环境和文化适应：文化环境是社会环境的重要方面，由存在于社会生活各个领域及至人们意识中的各种形态的文化因素构成，包含着一整套由一个国家、社区或特定人群持有的信念、道德价值观、传统、语言和法律(或行为准则)。

人类学家和流行病学家识别出许多文化、习惯与健康之间的联系。由于宗教原因而戒茶、咖啡、酒精和香烟的人，患消化道和呼吸道肿瘤的风险小于相同社会经济背景和居住情况的人。犹太男性有割礼习惯，他们的生殖器癌症患病率和死亡率比非犹太人低。

中国儿童社会化的培养方式可归纳为依赖性、顺从性、谦虚品德、自我克制、自我满足感、接受羞耻与处罚、以父母为中心、以长者为父和中庸之道的培养九个方面(邦德，1985)。在社会取向方面，中国人传统的心理特点为集体取向、他人取向、关系取向、权威取向、服从、自我抑制与女性化。传统东方患者担心自己生病会给家庭带来负担，因此不愿说出症状的性质和历史，以及有问题的健康行为，因为害怕招致羞耻。另一方面，受家庭意识和合群观念影响，亲朋好友视抛弃成员为耻辱，因此，他们会向患者提供更多的支持。

(3)教育、职业、收入、社会地位和城乡差异：教育、职业和收入影响人对世界的认识、接受新观念和改变观念的程度。受到良好教育的白领职员更能有意识地接受锻炼有益的信念，更多地亲身参加运动，而不是坐在电视前观看比赛，当然，他们往往拥有足够的收入，能购买昂贵的运动装备。

社会地位能显著影响疾病的传播。在非洲，经济需要的考虑造成个体选择威胁健康的行为方式。由于受教育有限，外出打工者与妻子和家庭长期分居，切断了传统家庭的纽带，男人寻找其他人做性伙伴。而在家生活的妇女，由于社会和家庭地位低下，她们无权要求丈夫使用避孕套。即便她们明知道无保护性交的危险，出于对经济和社会生存的需要，也不得已而顺从。

(4)落后习俗：文化因素也会改变女性身体，造成畸形。在中国古代，妇女缠足在相当长的时期内，被认为是正常行为，而大脚女人才属异常。19世纪西方女性采用硬质材料制作的胸衣束胸、现代女性穿高跟鞋和瘦鞋，危害健康。

(5)工业化和媒体宣传：现代工业社会出现一种新的年轻人文化，它鼓励年轻人对成人权威的反叛和蔑视，造成一些人吸烟、吸食毒品。有些宣传误导公众，传播使用改变情绪的毒品和性乱交。时装业和媒体喜欢"骨感"模特，引起大量女性模仿不当节食，以降低体重，提高了神经性厌食症的患病率。男性在20世纪后叶，为追求强健体形，不惜服用类固醇激素以增强肌肉，或移植肌肉来增粗胸部和小腿肌肉。

(6)医疗政策与社会健康计划：很多国家和地区为促进国民健康，采取包括制订法律或法规在内的种种措施，不断推出健康促进项目，诸如：设立艾滋病日、制订《烟草控制框架公约》、设立各类"促进锻炼"项目，目的是鼓励人们维持健康行为，改变损害健康行为，及时就医。

二、行为转变的理论

如何促进健康行为的形成呢？以健康信念模式、理性行动/计划行为理论、跨理论模式(阶

笔记

段转变理论)、健康行动进程理论、预警采用进程理论为代表的学说,从不同角度解释了行为转变机制并得到广泛应用。行为转变也离不开人的自我效能。

(一)自我效能理论

自我效能(self efficacy)是个体对自己的行为能力及行为能否产生预期结果所抱有的信念。自我效能感在制定健康生活目标的意向阶段、具体行为改变阶段、防止复发过程中都具有重要的调节作用。各种外部因素及自身的经历等内部因素都能通过自我效能对行为起作用。

自我效能来源于成功的经验、替代性经验、言语劝导和生理状态。

(1)成功的经验:成功经验是获得自我效能的最重要、最基本的途径。反复失败会削弱自我效能。

(2)替代性经验:指通过观察其他人的行为而产生的自我效能。在榜样成功的情况下,有相似性的榜样则具有积极意义。单位有人成功戒烟,会形成示范效应,会使周围的人增强自我信念,认为自己也能戒烟。若榜样是通过特殊手段而戒烟,别人会觉得"可望而不可及",这就不能形成激励。

(3)言语劝导:切合实际的劝导能培养人对自己能力的信念,鼓励他们努力达到成功,而消极、不切实际的赞扬降低自我效能。因此,恰如其分的赞扬,能够转化为学生的自我奖励和自我效能,从而能持久地激励其学习。

(4)生理状态:焦虑、紧张、疲劳和情绪状态能影响自我效能。在面临压力事件时,人们往往根据自己的心率、血压、呼吸等生理唤醒水平来判断自我效能。平静的反应使人镇定、自信,而焦虑不安的反应则使人对自己的能力产生怀疑。不同的身体反应状态会影响到活动的成就水平,从而又以行为的反应指标确证或实现活动前的自信或怀疑,由此决定个体的自我效能。

(二)健康信念模式

健康信念模式(health belief model,HBM)建立在需要和动机理论、认知理论和价值期望理论基础上,关注人对健康的态度和信念,重视影响信念的内外因素。HBM 是第一个解释和预测健康行为的理论,由三位社会心理学家 Hochbaum、Rosenstock 和 Kegels 在 1952 年提出。HBM 认为个体感知、积极采取适宜行动、相信自己能采取推荐的行动是行为转变的重要因素(见图 9-1)。它被用于探索各种长期和短期健康行为问题,包括性危险行为与 HIV/AIDS 的传播。

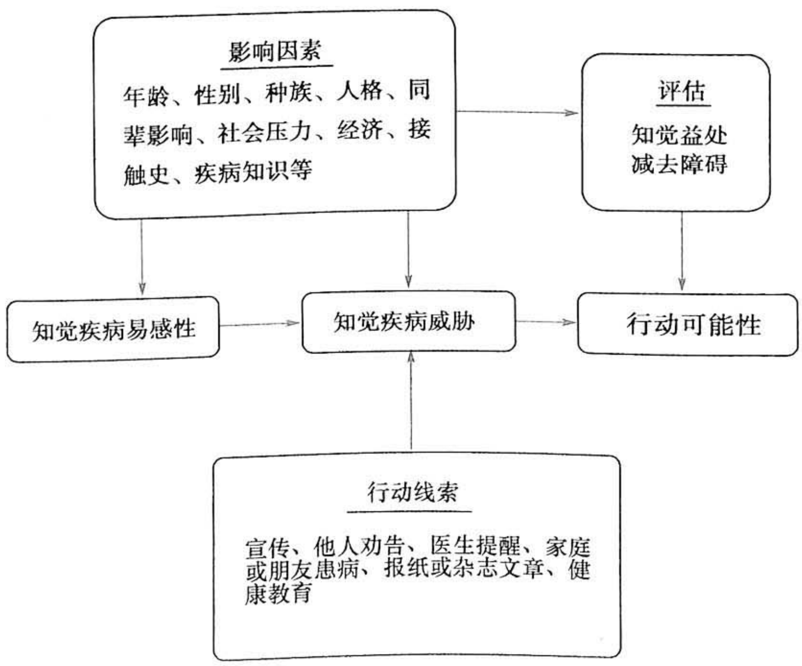


图 9-1 健康信念模式的结构

笔记

理论要点：

1. **知觉疾病易感性** 它是个体对行为会危害自己健康或患病可能性的敏感程度。“与陌生人性交时，不使用避孕套会得艾滋病吗？”，“母亲和姐姐得了糖尿病，我会不会也得上？”。

2. **知觉疾病威胁** 它是个体对危险后果的预期。“医生说我再吸烟，心脏支架也不能救命。”，“艾滋病太可怕了！我的朋友才患上一年就死了！”。

3. **知觉益处** 采取行动能带来好处。“锻炼能帮助降低血糖”，“只要不吸烟，女朋友就同意结婚”。

4. **知觉阻碍** 采取行动所付代价和遇到的困难。“糖尿病的饮食控制太严了，我喜欢吃的食物都不能吃，也吃不饱。”，“做生意就要交往，烟能帮助交往，我要考虑戒烟后还能否做生意！”。通过识别阻碍因素、做出保证、给予激励和支持，能帮助个体减少阻碍。

5. **行动线索** 实现行为改变的行动策略。易感性和后果严重的认识能促使个体产生威胁感，但还需要知道如何行动。行动线索可以源自媒体和他人。

6. **自我效能** 高自我效能者采纳建议、实施有益于健康的行为转变的可能性高。通过提供训练和指导会提高个体的自我效能。

HBM 的优点是能激励个体采取行动，提出明确的接受成本的行动路径，增强采取行为的能力感。

案例与分析

36 岁的伊丽莎白是医院的护士，身高 180cm。2 年前她的体重达到 181kg，当时她感觉到过胖体重带来的生活不便，晚上睡觉打呼噜，工作效率降低，专业知识和临床见到的肥胖病例让她担心健康会受到影响。于是，她找到一家很有声望的减肥中心，要求治疗师帮助她将体重降到 90kg。治疗师根据伊丽莎白的体质，建议分四个阶段来减轻体重，目标分别设置为 150kg、116kg、105kg 和 90kg，并安排了运动训练和饮食计划。伊丽莎白根据治疗师的方案进行减重训练和饮食控制，并顺利实现了前两个阶段的目标，她有种重新享受生活的感觉，并打算打两份工。在第三阶段，在消防队训练基地，伊丽莎白与消防员一起进行消防训练，通过了大多数训练课目，并在 50℃高温下的烟筒内，负重爬到了 50 米高处。因为她丈夫曾患有中风，在家休息多年，刚刚重新工作，家中还有两个未上学的孩子需要照顾，伊丽莎白的家务和经济负重很重。除在医院工作外，她还要额外打工，每天早出晚归，回家后只想多睡觉，没有时间和精力完成预定的训练，因此，第三阶段的目标没有实现。治疗师了解到这些情况，找到伊丽莎白谈话，共同回顾了训练的全过程和取得的成绩，治疗师以伊丽莎白能完成消防员的训练课程的为例，鼓励她继续进行减肥，实现最终目标。伊丽莎白受到鼓励，并得到丈夫的支持，重新进行训练，并最终实现了减肥目标。

健康心理学家根据健康信念模式分析了减肥案例：

主观感受、专业与职业经历获得的知识、过高的体重使伊丽莎白觉察到疾病易患感和严重性，从而产生了肥胖的威胁感；同时，也使她认识到控制体重的益处；家务、工作、丈夫的健康状况、经济负担和时间冲突构成她的障碍，并一度造成治疗挫折；行动线索主要来自于专业知识、知名的减肥中心和治疗师；自我效能的不断增强是她成功控制体重的重要因素，前两个阶段的成功后的主观感受、完成过消防员的训练课程和合理的阶段性目标设置。你如何评价治疗师的作用？如何评价自我效能在行为转变中的作用呢？

（三）计划行为理论

1967 年 Martin Fishbein、Leek Ajzen 提出了理性行动理论（theory of reason action，TRA），该理

笔记

论经过 Ajzen 修正，形成了计划行为理论（theory of planned behavior，TPB）（见图 9-2）。

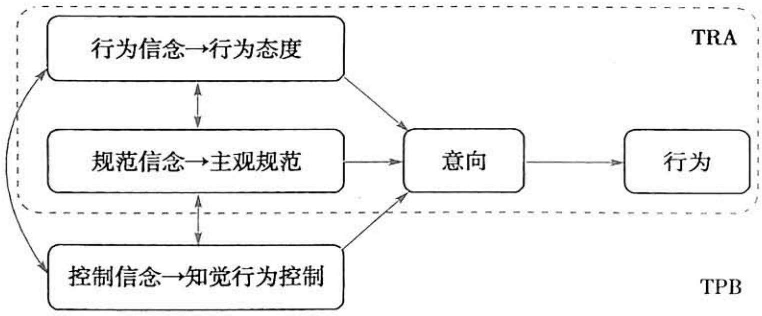


图 9-2 理性行动/计划行为理论结构示意图（译自 Icek Ajzen，2006）

理论要点：

（1）行为意向：它是理论结构的核心元素，决定了是否采取行动，受行为信念、行为态度、主观规范、他人规范信念和顺从动机的综合影响。

（2）行为态度和行为信念：它是对行为结果好坏程度的评估。行为信念由行为结果发生的可能性和对行为结果的评价构成，影响行为态度。如果个体感知到行为改变的结果是有利的，会对采取行动产生积极态度。

（3）主观规范和规范信念：因他人行为规范带来的压力的感知，反映了其他人对个体决策的影响，受规范信念和遵从动机影响。规范信念指个体知觉重要他人（包括配偶、家人、最要好同伴等）对其行为改变的认可和倾向程度。遵从动机则表明个体对重要他人期望的遵从程度。例如，丈夫认为需要控制饮食以减轻体重，妻子会产生改变行为的压力，影响到妻子的主观规范。

（4）知觉行为控制：它是个体对行为难易程度的感知，类似于自我效能，受控制信念影响。控制信念是个体知觉促进或阻碍行为执行的因素。

TRA/TPB 可以用于预测健康或不健康行为、以及行为结果，探索与行为有关的健康中的健康教育意义，实施和开展健康预防项目。还用于预测和理解意图、行为和与行为有关的健康结果。TRA/TPB 成功地预测佩带汽车安全带、锻炼、吸烟、饮酒、使用安全套、定期体检、使用牙线和自我检查乳腺等健康行为的发生。

专栏 9-1 TPB 在提高宫颈刮片筛查中的应用

宫颈刮片是早期发现宫颈癌的重要方法，尽管方法简单，但不受高龄、文化层次低的妇女欢迎。疾病预防控制部门准备开展一项宣传活动，以吸收这部分人群参加刮片筛查。健康心理学家按 TPA 理论设计了一份调查问卷。

- 什么时候参加过刮片筛查？（行为）
- 妇女参加刮片筛查的可能性有多大？（行为意向）
- 对刮片筛查的态度？（态度）
- 调查对象的亲朋好友是否也将参加？（主观规范）
- 做刮片筛查疼吗？能忍受吗？（知觉行为控制）

根据调查结果，主办方了解到了人们是否接受过检查、也了解到人们的对检查的信念、态度、意向，提高了宣传的针对性和有效性。

第二节 烟、酒和网络成瘾

一、吸 烟

笔记

烟草（tobacco）最早产于中南美洲的安提斯群岛（多巴安岛），由当地印第安人最先种植并吸

食。哥伦布把烟草籽带回了西班牙，烟草开始在欧洲扩展。我国是在明朝(1573—1619)开始引进并种植烟草。爱因斯坦也曾错误地认为吸烟“可使人能够以平静和客观的方式判断一切与人相关的事务”，而没有考虑到吸烟对健康的危害。

吸烟可导致肺癌、口腔癌或食管癌，膀胱癌；也可导致心脏病、慢性支气管炎和肺气肿、高血压。孕妇吸烟导致胎儿发育障碍，易娩出低体重儿，导致胎儿慢性缺氧。

被动吸烟孕妇小胎龄儿、早产、新生儿窒息发生率显著高于无被动吸烟孕妇。被动吸烟导致出生婴儿平均体重比正常婴儿体重低107g，而且还有一定数量的新生儿致畸。儿童因被动吸烟而患哮喘病的风险增高2倍，患白血病和淋巴瘤的人数是不吸烟者子女的2倍，患脑瘤的比例一般高出40%，损害儿童智力，导致行为问题。不吸烟妇女因被动吸烟而患肺癌的死亡率比丈夫不吸烟的妇女高，而且，丈夫吸烟量越大，倍数越高。被动吸烟者也易出现血管硬化及患上心脏病。

（一）成瘾的心理学机制

吸烟成瘾的主要原因是香烟中的尼古丁发挥的作用。尼古丁随血液流入中枢神经系统，和乙酰胆碱受体结合，代偿性地产生更多的结合尼古丁的乙酰胆碱受体。一旦体内尼古丁含量降低，使脑内的乙酰胆碱受体无法与尼古丁结合，就会产生一系列的生理和心理反应，并产生强烈的吸烟渴求，即烟瘾发作。

（二）预防和控烟

1. 预防青少年吸烟 对具有药物滥用危险因素的青少年，进行拒烟技巧、认知行为训练、社会技能训练，从而帮助吸烟者建立自信，拒绝广告诱惑，控制焦虑，进与其他人的交流。

2. 建立无烟环境 2003年在世界卫生大会上通过的《烟草控制框架公约》，是全球第一部限制吸烟的全球性公约。要求各国至少应该以法律形式禁止误导性的烟草广告，禁止或限制烟草商赞助的国际活动和烟草促销活动，取缔烟草走私，禁止向未成年人出售香烟，在香烟盒上用30%至50%的面积标明“吸烟危害健康”的警示，以及禁止使用“低焦油”、“清淡型”之类欺骗性词语。该《公约》要求各国的烟草税收和价格政策应该以减少烟草消费为目标，禁止或限制销售免税香烟；室内工作场所、公共场所和公共交通中应该采取措施，以免人们吸二手烟。

该《公约》还要求：提高烟草的价格和税收，禁止烟草广告，禁止和限制烟草商进行赞助活动，打击烟草走私，禁止向未成年人出售香烟，在香烟盒上标明“吸烟危害健康”的警示，并采取措施减少公共场所被动吸烟等。

中国也是《烟草控制框架公约》签约国之一，并颁布《烟草专卖法》，在《未成年人保护法》、《预防青少年犯罪法》和《广告法》中都列有控烟条款。全国已有84个城市出台了《公共场所禁止吸烟的规定》，40个城市成为无烟草广告城市。

提高烟草税收和售价能减少烟民数量。烟价每上升10%，烟民就减少4%。鼓励受害者索赔，威胁烟草公司。例如，2001年美国洛杉矶高等法院作出了一项创纪录的判决，责令菲利浦公司向某一罹患肺癌和脑癌的56岁烟民赔偿30多亿美元。

（三）戒烟

目前，排在有效治疗烟草依赖方法首位的是团体行为治疗，其后依次为抗抑郁药安非他酮、医生强烈建议、尼古丁替代治疗、个别心理咨询、电话咨询、护士干预、自助。烟价提高10%，戒烟率提高3% ~5%，室内戒烟法提高戒烟率12% ~38%。因此，就个体来说，治疗烟草依赖的最佳方案是心理干预结合药物治疗。

心理治疗与心理咨询可以提高治疗的依从性，增强戒烟动力，帮助吸烟者改善处理日常生活和工作压力的技巧，提高戒烟成功率。此外，还可以根据不同吸烟者的特点，制订个体化咨询方案，使一些吸烟者从药物治疗中获益，而另一些人则从行为治疗中受益。自我管理技术、正强化法、刺激控制法都可用于消除成瘾症状。

笔记

尼古丁替代治疗是WHO推荐的最主要的药物治疗方式。治疗的方法是在停止吸烟的同时使用尼古丁制剂,以减轻戒断症状,提高戒烟的成功率,降低复吸率。对于成瘾性极强的尼古丁依赖者,给予较长时间的尼古丁维持治疗,减少对自身和他人的影响,直至成功戒烟。

医务工作者的劝告能有效帮助吸烟病人戒烟,也能有效劝告父母戒烟,以免危害孩子的健康,尤其应向准备生孩子的父母或其他人提供尼古丁替代治疗。美国公共卫生部门编写手册,指导医生采用"5 As"帮助病人戒烟。

(1)Ask:详细询问吸烟状况;

(2)Advise:强烈建议并劝告戒烟;

(3)Assess:评估烟民有否戒烟意愿;

(4)Assist:提高戒烟意愿、提供心理咨询支持、用药指导,防止复吸;

(5)Arrange follow-up:安排后续接触。

二、饮酒与酗酒

适量饮酒有消除疲劳、兴奋精神、增进食欲、舒筋活血、防病延年等作用。饮酒多少才算适量呢? WHO提出:男性每日饮酒中乙醇总量大于等于20g为过量,低于20g为少量或适量;女性以每日饮用酒中乙醇总量10g为标准。饮酒量越大,血液中酒精含量越高,对人体的危害就越大。一次过量饮用酒精会发生酒精中毒,表现为中枢神经系统先兴奋后抑制和共济失调,轻者可自愈,重者可因呼吸循环衰竭而死亡。

酗酒(alcohol abuse)也称为酒精滥用或问题饮酒,它是造成躯体或精神损害或不良社会后果的过度饮酒。其特点是对饮酒不能自控,思想关注于酒,饮酒不顾后果;思维障碍;每一症状可以是持续或周期性的。

酗酒者分为慢性酗酒者和狂饮者。慢性酗酒者每天大量饮酒并持续多年;狂饮者则呈现明显的周期性,他可以戒除数天甚至数月,尔后可以数天或更长时间地持续饮酒。

长期酗酒引发营养问题,造成各种消化系统和代谢系统疾病,导致酒精性肝硬化和癌症,影响脂肪代谢,出现"啤酒肚"体态。酗酒会损害大脑神经组织,慢性酗酒者的高级认知功能呈渐进性衰退,学习和利用新知识及解决问题的能力下降。酗酒还造成严重的社会问题和家庭冲突。

女性体内脂肪所占比例高,她们饮酒后体内残余的酒精比男性多,更容易受到酒精损害。女性饮酒导致胎儿流产,低体重儿出生率高,特别是胎儿酒精综合征。患儿表现为低智商,警觉性低,多动,精细动作和大运动障碍,不可康复。美国疾病控制中心调查发现胎儿酒精综合征的患病率从1979年的0.1%上升到1992年的3.7%。

酗酒造成的交通事故和自杀等问题构成死亡的重要原因。为控制酒后驾车酿成的悲剧,我国2011年制订的新法规中提高了处罚力度,超过标准(血液中酒精含量20mg/100ml)为饮酒后驾车,处以暂扣驾驶证、罚款,直到追究刑事责任。

(一)酗酒的心理社会原因

压力、获得性学习、期待效应和人格因素是重要的心理因素。心理依赖学说认为,个体在饮酒后可体验到欣快感、缓解焦虑、轻松感等诸多阳性强化因素,奖励个体不断地饮酒,一旦个体中止饮酒行为,血液中酒精含量下降,导致个体产生一系列不快的生理和心理体验,出现戒断症状,这种负性强化促使个体继续饮酒。

社会学说认为酗酒与家庭环境因素、同辈影响和榜样示范作用等因素有关。2006年爱荷华州大学医学院儿童心理学研究中心库伯曼认为儿童时期的心理阴影、学业上的不成功、业余生活的单调以及对于生活满意度的下降等是酗酒的危险因素。

(二)酗酒的预防和治疗

早期干预是针对潜在的酗酒易感人群进行有关饮酒方面的健康教育,包括适量饮酒的概念

笔记

及安全饮酒量。制订严格的饮酒法律，控制青少年饮酒。美国《青少年饮酒法》规定，未成年人没有权利饮酒，向未成年人出售含酒精饮料者要负法律责任。《中华人民共和国预防青少年犯罪法》中的第十五条规定应当教育未成年人不得酗酒，任何经营场所不得向未成年人出售酒精饮料。

心理治疗是预防和治疗酗酒的有效方法，详见本书第十二章和第十三章。

三、网络成瘾

网络成瘾障碍（internet addiction disorder，IAD）是指慢性或周期性的对网络的着迷状态，不可抗拒的再度使用的渴望与冲动，上网后欣快，下网后出现戒断反应，出现生理或心理的依赖现象，最早由美国纽约市心理学家 Goldberg（1985）提出。根据网络成瘾的内容，分为网络色情成瘾、网络交友成瘾、网络交易成瘾、网络信息收集成瘾、计算机游戏成瘾。美国心理学会调查了近二万名网络使用者，发现其中6%的被调查者有成瘾现象，主要是青少年和从事专业技术的人群。国内10.6%大学生和17%的青少年存在成瘾问题。

美国医学会建议美国精神病学会将IAD纳入即将颁布的《精神疾病诊断与分类手册—V》。但是也有不少学者质疑是IAD还是过度使用网络，IAD不是真正的成瘾，可能是其他病症的表现。

（一）诊断标准

美国心理学年会确定的网络成瘾的诊断标准包括：①耐受性增强；②成瘾症状；③上网频率总是比事先计划的要高，上网时间总是比事先计划的要长；④企图缩短上网时间的努力，总是以失败告终；⑤花费大量时间在和互联网有关的活动上；⑥上网使病人的社交、职业和家庭生活受到严重影响；⑦虽然能够意识到上网带来的严重问题，仍然继续花大量时间上网。标准规定，如果网络用户在12个月中的任何时期有多于所列的三种症状出现，即为网络成瘾。

（二）对心理与社会的不良影响

1. 心身障碍　成瘾者睡眠节律紊乱，自主神经功能失调，机体免疫功能降低，诱发心血管疾病，胃肠神经官能症、紧张性头痛、焦虑症、抑郁症等。也可导致视力下降等眼疾，腰背肌肉劳损，脊柱疼痛变形。

2. 人格障碍　在虚拟的网络世界中人人平等，成瘾者在匿名的保护下可以畅所欲言，不需要直接面对他人，不用担心会受到他人的批评和惩罚，而且观点越奇特，可能得到的反响越大，这样成瘾者容易自我表现，自我主导权增加，满足了其心理需要。然而，成瘾者在虚拟的网络世界遨游，与现实生活的距离就越来越远，甚至分不清现实与虚拟世界的界限，心理适应能力也会越来越差，反过来更趋向网络逃避，最后形成一种恶性循环，最终导致人格偏差或人格障碍。

3. 社会功能损害　一部分成瘾者最初上网是为了逃避某些社会问题，如：寂寞、婚姻问题、工作压力、无聊沮丧的心情等，或者由于生活压力大，拒绝承担责任和义务，从过去的研究结果可得知，网络成瘾者在当前的实际社会生活中正经历着较大的困难，而网络似乎是他们一个发泄的出口。网络成瘾反过来导致成瘾者社会功能的进一步缺损。成瘾者现实生活中多有社会功能失调和个人生活的破坏，包括人际障碍、生活适应不良、学习适应不良、家庭适应不良等，严重时会出现违法乱纪等反社会行为。

（三）成瘾原因

1. 成瘾的精神运动刺激理论　Wise 和 Bozarth 提出成瘾行为均有精神激动剂的作用，能激活一种共同的奖赏机制，这种内部的奖赏机制比任何环境刺激更有力地影响和控制着成瘾。

2. 成瘾的强化理论　强化理论是基于条件反射的基本原理而提出的，认为成瘾行为的强化机制包括正强化和负强化。前者把网络成瘾作为一种正强化物，能给成瘾者奖励并产生愉悦，成瘾行为的主要动机即是寻求成瘾行为满足所致的欣快感觉，后者是指网络成瘾可减轻或暂时

笔记

免除个体的痛苦和不快，使其产生重复的成瘾行为。

3. **成瘾人格** 成瘾人格的探索大约有40多年的历史。他们发现网络成瘾者像其他的药物滥用者一样会形成一种生活风格，而这种风格会微妙地影响个体的人格。成瘾者常常逃避广泛性的社会关系，而与其他沉溺于相似成瘾行为的人群发生联系。很多网络成瘾者以前是或同时是酗酒者和其他物质的上瘾者。

（四）预防和治疗

网络成瘾治疗的根本宗旨是预防为主。心理治疗采用警示卡、团体治疗和家庭治疗。采用药物+心理治疗+行为规范+家庭治疗的综合疗法帮助患者戒除网瘾。

第三节 饮食、运动与肥胖

一、饮 食

人类通过饮食行为（dieting）获取营养，维持机体正常功能。合理的饮食习惯能治病防病，延年益寿；而不合理的饮食习惯会导致疾病。

专栏9-2 国人饮食文化中的弊端

国人饮食文化享誉海内外，菜肴精美、多样，具有食疗作用，也是密切人际关系的媒介。不过，有些烹制方式和饮食习惯会威胁健康。

- 多盐：WHO推荐健康人每日吃盐量不宜超过6g，而国人每日食盐量为12～14g。高盐是糖尿病、高血压的危险因素。
- 多油和油烟过重："油多不坏菜"，而多油饮食是妇女患肺癌的重要危险因素，油烟过重是肺癌的危险因素。
- 没有分餐制习惯：容易互相传染疾病。
- "吃啥补啥"的食疗信念：贪食野味会带来病菌感染等健康问题。
- 长时间、精细加工食品：追求美味也容易造成营养成分的损失，导致营养失衡。
- 过于强调饮食的社交功能：造成浪费，也容易出现暴饮暴食和过量饮酒。

合理饮食的原则

1. **饮食成分均衡** 合理饮食包括食物多样、谷类为主；多吃蔬菜、水果和薯类；常吃奶类、豆类或其制品；常吃适量鱼、禽、蛋、瘦肉，(《中国居民膳食指南》)。保持低脂、低糖、低盐、高膳食纤维的饮食习惯。

2. **合理的加工方法** 不同烹饪方式，对食物中成分的影响不同。焖煮会令绿叶菜中所含硝酸盐还原成亚硝酸盐，而后者是致癌物质。油炸产生大量的致癌物质，因此油炸食品被世界卫生组织评为十大垃圾食品之首。勾芡、多加醋少加碱，会增加食物的保护层，避免维生素破坏。

3. **搭配得当** 牛奶和橘子若同食，或者是刚刚喝完牛奶就吃橘子，牛奶中的蛋白质与橘子中的维生素C相结合而凝固成块，影响消化吸收、造成腹胀和腹痛。食品适当搭配可以促进营养吸收。鱼加豆腐不仅味鲜，而且可补钙，预防骨质疏松等多种缺钙造成的疾病。

4. **良好的进食方式** 三餐搭配合理，早吃好，午吃饱，晚餐要吃得少。少食多餐能降低胆固醇总量和低密度脂蛋白水平。饮食宜缓宜节制，细嚼慢咽有利于消化，反之则会增加胃的负担。同时，要避免不良进食习惯，例如不吃早餐、暴饮暴食、挑食、进食过快、进食时从事其他活动和烫食。

5. **量出为入** 根据体力消耗状况，合理安排饭量。以坐姿为主的工作属于极轻体力劳动，热量消耗很低，在均衡膳食的前提下，要减少碳水化合物的摄入。保持低脂、低热饮食能降低体

笔记

重,1 年能降体重 4%,是糖尿病治疗的重要环节。

二、锻　炼

锻炼(physical exercise)是一种通过有效的身体运动方式达到促进健康目的的活动。与一般的活动不同,锻炼具有循序渐进性、稳定性和长期性的特点,它是当代重要的一种生活方式。

(一)对心身的影响

1. 生理意义 能延缓器官老化、增强心血管系统的功能、增强呼吸功能、增强消化和吸收功能,保持适度的体重,以及预防疾病。

2. 心理学意义 能缓解抑郁、降低焦虑与应激反应、维护自尊心与自我形象、增加积极情绪与自我良好感、改善工作能力。如果长期锻炼能改善身体素质的话,那么参与者就会体验到工作能力的增加,在日常工作中精力充沛,耐疲劳,提高了工作效率。

3. 过度运动会损害健康 使身体出现疲倦无力、食欲不振,超负荷运动会出现血压骤升、抽筋等现象。

(二)影响因素

锻炼是一个过程而不仅仅是一个单独的行为。锻炼生活方式的确立受到多重因素影响。

1. 个人因素 个人因素是影响锻炼行为的最直接因素,分为不可控制和可控制因素。不可控制因素包括年龄、教育背景、经济条件、自我动机和性别。年轻、受过良好教育、经济条件好的个体(特别是男性)会更倾向于选择锻炼作为生活方式。

2. 态度与信念的影响 坚持锻炼的人对疾病的易感性降低。在知识和归因等方面,锻炼者与不锻炼者也存在很大的差异,锻炼者有更多的知识,更强的健康动机和控制感。锻炼的持久性与锻炼障碍少、锻炼知识和锻炼效果的感受相联系。

从 20 世纪 60 年代末开始,许多国家的政府发起"促进锻炼"的政治号召,包括"全民运动",大规模兴建运动中心,增加运动设施,如游泳池等。主要措施包括:①中央政府或地方政府资助大众体育运动;②提供更多体育设施,特别是室内运动器材,消除不平均现象。③与以前向竞技体育投资不同,现在,将大量资金直接用于全民体育锻炼。

(三)疾病预防和康复作用

锻炼对健康很重要。2012 年发布的《健康中国 2020 战略研究报告》显示有 83.8% 的 18 岁以上成年人不能进行有规律的锻炼,只有 11.9% 的人每周能锻炼三次以上,而中国在 15 年期间的患病人次增加 20%。

1. 高血压 高血压患者散步、慢跑、太极拳、气功等是合适的运动形式。按照太极拳的样式,练练外形也能起到健身作用。

2. 预防冠心病 适宜锻炼能减少冠状动脉疾病和心肌缺血的危险。只要能消耗热量,任何锻炼形式都可以,例如,爬楼梯、各类运动。步行、慢跑、游泳、骑自行车等有氧运动也对心脏有益。

运动时间和强度。每周保持最少 150 分钟的中等强度的锻炼;或者 75 分钟的含高强度锻炼;或者每周 5 天,每次 30 分钟的锻炼,如果每次活动分 2 或 3 个小节,每个小节锻炼 10 ~ 15 分钟。

3. 糖尿病 运动能改善糖耐受性受损和 2 型糖尿病病人的血糖水平。糖尿病康复锻炼在饭后 1 小时是最佳锻炼时间,每次不少于 20 ~ 30 分钟,1 ~ 3 次/天,运动强度控制在该年龄所达到的最大心率的 60% ~ 80%(最大心率 = 220 - 年龄)。

4. 肿瘤 美国癌症协会在其《在营养及运动方面的癌症预防行动指南》中,指出控制体重、积极运动、保持以植物为主的健康饮食以及限制酒精摄入量等是预防癌症的关键因素。

5. 骨质疏松症 规律的身体活动能够刺激骨骼的生长,保护骨的质量和增加骨的矿物质密度。青少年早期进行身体活动有助于增加骨质峰值。

笔记

三、肥 胖

肥胖(obesity)是指体内过量脂肪堆积而使体重超过某一范围,当肥胖影响健康或正常生活及工作时才称为肥胖症。

肥胖的主要原因是从食物中摄取的能量过多、缺乏锻炼和基因易感性综合所致。肥胖会增加了高血压、冠心病、脂肪肝、血尿酸高、痛风、乳腺癌、卵巢癌、大肠及前列腺癌等的发生率,女性会出现闭经不育。肥胖会减少预期寿命6至7年,与艾滋病、吸毒、嗜酒并列为世界性四大医学社会问题。

在心理方面,肥胖者易受歧视和偏见,产生自卑感和压力,出现交往困难和心理障碍。肥胖女性的结婚率、收入和文化程度等均比正常女性低,贫困程度则比较高;肥胖男性在经济、职业上受影响较少,但与正常体型男性相比,也存在结婚率低的问题(Gortmarker等,1981,1993)。

专栏9-3 肥胖机理

1. 生物学学说 进食障碍和遗传有关。神经性厌食症在同卵双生子中有55%的同病率,异卵双生子中有5%同病(Treasure等,1989)。在关于暴饮暴食、自我诱导式呕吐、饮食限制的双胞胎研究中发现,46%~72%的饮食问题行为都有遗传可能性(Klump等,2003)。

分子遗传学研究已证实进食障碍与基因有关,患病和未患病之间在等位基因分布方面存在显著差异。影响饮食问题的主要基因是:复合胺基因、多巴胺基因和与体型控制、喂养、能量消耗有关的基因。神经性贪食症受到基因的影响最大,54%~83%变异都可以由基因解释。

2. 定点理论 在肥胖病因的研究中,多数学者同意遗传对体重起很大影响,瘦素、神经肽Y和其他分子之间的相互作用,为一个人的体重和食欲确立了一个调定点,大致决定了一个人是胖是瘦,是胃口不佳还是食欲旺盛。肥胖是因为这个调定点较高。

(一)肥胖测量

测量肥胖的方法以体重指数(Body Mass Index,BMI)较常用。它源于比利时数学家Quetelet提出的公式,BMI=体重(千克)/身高(米)的平方。中国BMI的判断标准是:BMI<18.5是体重过低,BMI在18.5~23.9之间是正常,BMI≥24.0是超重,BMI≥28是肥胖。

(二)影响肥胖的心理社会因素

1. 家庭、同伴的影响 Bruch曾发现厌食症患者父母具有过于要求女儿顺从和有成就、控制欲强的特点。这类家庭中成长的女孩,只能顺从和满足父母或他人的要求与愿望,克制食欲,实现体型的"完美"达到所谓的"成功",进而导致进食障碍。

同伴对青春期女孩外貌的议论和对减肥的鼓励,都会影响女孩产生饮食失调。个体的身体不满意和饮食失调也深受同伴本身的饮食失调行为影响。

2. 心理应激 当遇到升学、搬迁、参加工作、父母离异、亲人亡故、青少年到异地求学等,个体自觉无法应对,需要他人赞许以提高自尊时,容易发生进食障碍。当个体出现消极情绪后,可能会通过暴饮暴食来消除这种情绪,而在暴饮暴食后又可能采取清除行为(如催吐)来补偿。

3. 人格特点 有研究发现进食障碍是由于患者对日益丰满的身材难以接受,拒绝成熟,希望保留儿童时期的身体和心态,是儿童期的退化机制或对青少年期情绪问题的逃避。患者性格具有拘谨、刻板、强迫的特点。

4. 社会文化因素 在中国传统文化里认为胖是孩子健康的象征,因而过度喂养儿童,造成儿童健康问题。我国唐代文化中以胖为美,而太平洋西南部的汤加国也一度以胖为美,越胖越

笔记

美，加上汤加人饮食热量极高，人们不爱活动，造成肥胖者很多。

（三）控制体重

无论是限制饮食、健康教育、集体训练、授课、身体锻炼和行为治疗等都是有效措施。膳食控制和加强锻炼是控制体重的基本原则。限制饮食能在短期内达到降低体重的目标，但长期维持需要加强锻炼和改变生活方式。行为矫正法的目的在于纠正肥胖者不良的饮食和生活习惯，常用于轻、中度肥胖治疗。

第四节 性行为与性传播疾病

一、性 行 为

（一）性行为

人类性行为（sexual behavior）是指所有与性有关的行为（接吻、抚摸、性交等）。波曼特和戴维森从生物学角度认为性行为是“任何增加生殖细胞结合（精子和卵子结合）可能性的行为”。海德和德拉马特将性行为定义为“产生性唤醒并且增加性高潮机会的行为”。

人类性本能和性活动方式部分与高等动物相似，具有性器官、性欲和进行性活动，能够表达性的要求，具有传宗接代的生物本能。然而，人类性行为与动物存在很大的不同，人类性行为因为直立而能够进行面面交媾，双手也能参与性活动，雌性动物特有的发情周期在女性身上消失。人类性行为具有心理学意义，包括追求快乐、表达爱情、满足心理需要。另外，人类性行为也受家庭、宗教、人际关系和文化道德等社会因素的影响和制约。

（二）安全性行为

1. 使用安全套 在HIV严重流行的美国，随着HIV的预防教育活动的开展，改变了人们使用安全套的态度，使用率提高，性伴侣减少，令新感染人群的数量开始明显下降。

使用安全套是预防HIV传播的主要手段，同时，也预防了其他性传播疾病。但是性行为是持续进行的过程，包含着性唤醒、激情甚至超越理智，如何在此情景下，与性伴侣商量讨论使用安全套呢？因此，在推广安全套使用的健康教育中，除了告知民众HIV知识外，还要教育人群说服性伴侣使用安全套的技巧。

2. 减少性伴数 对有些人来说，保持彼此忠贞的单一性关系可能很困难，因此可以通过减少性伴的数量来减少感染HIV的机会。特别是对那些每天都更换性伴的人，减少性行为次数。

3. 减少与危险性伴发生性行为 性伴的安全性，决定着性行为者感染HIV或性病的危险性大小。我国吸毒者感染HIV比较高，同吸毒者发生性行为也是非常危险的。

4. 同性恋人群的预防 同性恋是性病、艾滋病的高危人群，活动高度隐秘，易把艾滋病病毒传播给普通人群。男性同性恋艾滋病感染率在中国艾滋病高危人群中居第二位，仅次于吸毒。男性同性恋者多性伴侣、安全套使用率低等现象，使艾滋病感染率可能进一步上升，并加速向一般人群扩散。因此，应正视和承认同性恋人群的客观存在，加大向这一人群普及艾滋病预防知识的力度，推广安全套的使用。

二、性传播疾病

（一）性传播疾病

通过性行为或类性行为传播的疾病，统称为性传播疾病。这类疾病涉及可传播的病原体多达30余种，最常见有梅毒、淋病、软下疳和性病性淋巴肉芽肿等。美国疾病控制中心统计，每年新增100万淋病患者，300万衣原体感染病例。全世界每天有100万人感染性病，每年淋病病人达到6200万，梅毒病人1200万，其他性传播疾病病原体感染病人达到1.5亿，发展中国家是性

笔记

病重灾区。

（二）艾滋病

艾滋病病毒进入人体后要经过数年，甚至长达10年或更长的潜伏期以后才发病。艾滋病病毒严重破坏人体免疫功能，使机体丧失了抵抗疾病的能力，抵抗能力的极度下降，使病人容易重复感染。晚期常常发生恶性肿瘤。最终因长期消耗，全身衰竭而死亡。同时，艾滋病感染者将承担巨大心理压力，其家庭和社会负担增加，AIDS儿童将面临虐待、忽视及丧失各种权利的风险。

1. 行为因素与艾滋病 行为因素在艾滋病感染的发生中起着决定性作用。个人改变自己的危险行为，则能够防止感染；群体改变危险行为，则可以预防和控制艾滋病感染在人群中的传播流行。社会因素则是艾滋病流行的温床，家庭和社会支持间接影响HIV/AIDS的发展速度。

（1）心理因素的影响：情绪、人格、社会支持和应对策略也影响着HIV/AIDS发展变化。HIV恶化的比率与他们是否隐瞒他们的同性恋倾向之间存在联系。在对感染HIV但无症状的男性同性恋研究中发现，AIDS更快的进展与累积的应激生活事件、累积的抑郁症状和较少的社会支持联系在一起。多数学者认为良好的社会支持有利于健康。

专栏9-4 艾滋病

1981年，美国洛杉矶的一名医生报告说，在几名同性恋男子身上发现了一种神秘而可怕的新病种。1982年正式将此病命名为“艾滋病”，即获得性免疫缺陷综合征（Acquired immunodeficiency syndrome，AIDS）。三年后，美国人Gallo和法国人Montagnier几乎同时宣布发现了致病病毒HIV。截至2004年底，全球累计有6900万人感染，近3000万人死亡。2004年全球估计尚存活的HIV/AIDS患者3940万，其中220万为15岁以下儿童。2003年，据中国疾病预防控制中心估计中国现有HIV感染者84万。

HIV的主要传播途径是性传播、血液传播、污染针头传播和母婴传播。美国有51%的感染者是男性同性性行为造成的。而我国目前还处于静注毒品传播（61%）为主的阶段，但经吸毒传播和非法采血传播所占的比例开始下降，性传播所占的比例上升，今后可能会成为中国艾滋病流行主要形式。因此，人群感染艾滋病的可能性基本上取决于个体性行为。

（2）个人生活方式：共用注射器静脉吸毒行为是我国目前HIV的主要传播途径。卖淫嫖娼、无金钱交易的非婚性行为，夫妻中一方已感染HIV或性病情况下发生的无保护性夫妻性行为等不安全性行为则是目前全球HIV感染的主要传播途径。

（3）社会因素：性别歧视和偏见、贫困、家属态度、社会公众和媒体、医护人员态度。

2. 预防

（1）采用安全性行为：性传播疾病是公众健康的敌人，控制性伴侣的数量、避免肛交和性交时采取保护措施，能有效切断传播途径。对HIV/AIDS患者进行有效的心理社会支持干预和治疗，提高患者的生活质量，提升其责任感和义务感，杜绝危险行为的发生，从而将HIV传播和危害减小到最低程度。

（2）避免口吸毒品或用口服美沙酮替代疗法，减少HIV传播：通过健康教育，告诫吸毒者，一定要使用新的注射器或消毒注射器，不要与他人共用注射器。有些地方采取政府出资，让吸毒者免费用旧注射器换新注射器，也取得成效。用口服美沙酮替代疗法也能有效地控制HIV经注射毒品传播流行。

（3）控制母婴传播：母婴传播是15岁以下儿童艾滋病病毒感染的最主要途径。阻断传播要保护育龄期妇女，免受艾滋病病毒感染。在法律许可的地区采取措施终止妊娠，以确保妇女避

笔记

免非意愿的生育。

(4)加强社会干预:设立艾滋病日,让红丝带成为全球对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人给予爱心的“世界语”。红丝带成象征着人们对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的关心和支持、对生命的热爱和对平等的渴望、鼓励人们要用“心”来参与预防艾滋病的工作。红丝带是对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的关爱,也是对艾滋病的卫生教育、治疗研究的支持,让全世界联合起来制服艾滋病。

预防 AIDS 健康教育方案要点:①了解人群对预防 AIDS 健康教育的需要:威胁大吗?感受到威胁吗?需要什么方法抵御威胁?②评估受众的特点,以便进行有针对性的健康教育:内容包括了解社区的价值观、居民的社会经济文化状况。

3. 向 AIDS 病人提供心理治疗 在治疗方案中,要重视心理支持和治疗、爱心引导和避免传播他人的方法,以及为病人家属提供信息,帮助病人面对问题,帮助病人作出合适的决策,激发患者的社会责任感,提高治疗的依从性,尽量减少 HIV 感染对个人、家庭、社会的不良影响。治疗也使患者能够重返工作,并尝试找回正常人的感受。人际关系治疗、支持性心理治疗、应对效能训练与增强自我效能、认知行为应激管理、团体(小组)治疗等都适合对艾滋病病人的心理治疗。

(钱 明)

笔记

第十章　病人心理

个体患病后，其生理功能和心理状态都会发生相应的变化，病人的心理状态受疾病本身的影响，反过来又影响疾病的发生和发展。古希腊名医希波克拉底说过："了解什么样的人得了病，比了解一个人得了什么病更重要"。因此，熟悉各类病人的心理特征，并进行有效的心理干预，能够促进病人康复，提高病人的生活质量，是临床医疗工作重要的环节。

第一节　病人心理概述

一、病人概念与病人角色

（一）病人

患病包括机体组织器官的器质性病变和生理功能的损害、个体主观体验的病感以及心理和社会功能异常几个方面。传统的生物医学模式认为只有生物学病变并有求医行为或处在医疗中的人才称为病人。随着社会的发展，健康和疾病的概念也发生了转变，当代的生物-心理-社会医学模式认为健康不仅是没有躯体疾病，而且是在身体、心理和社会功能三个方面的完善和谐状态。无论是躯体病变还是心理痛苦都会影响一个人的情绪、思维和社会活动，发展到一定程度，都会影响病人的社会功能。

病感（illness）是个体患病的主观体验。往往表现为各种躯体或心理不适的临床症状，但在疾病早期或病情轻微的情况下，也可以没有病感。病感可以源于躯体疾病，也可以由心理与社会功能障碍引起。病人患病的主观体验与医生对疾病的实际判断在性质和程度上可能会有所不同，在临床工作中应注意这个差异。

患病的个体通常会去寻求医疗帮助，但是并非所有患病的个体都有求医行为；同时，有求医行为的人不一定都是病人。现实生活中，有些人患有某些躯体疾病，如龋齿、皮肤病，他们可能不认为自已有病，而和健康人一样照常工作，担负相应的社会责任，社会上也没有把他们列入"病人"行列。另外，有些人由于一些不良动机而诈病，如为了获得赔偿，利用病人身份获取某些利益等，临床上也常将这些人误列为"病人"。

健康的实质是机体内环境的相对稳定、心身统一以及人体与环境的和谐。因此，对"病人"概念的较全面理解应该是：患有各种躯体疾病包括生理功能障碍、心理障碍或精神性疾病的个体，不论其求医与否，均统称为病人。

（二）病人角色

1. 角色理论　角色源于戏剧术语，指在舞台上所扮演的人物。角色理论是用角色的概念来研究人的社会行为的一种理论，主要包括角色期望、角色扮演和角色冲突等多个方面。上世纪20年代，美国心理学家Mead GH首先将角色这一戏剧术语引入社会心理学，称为社会角色（social role），用社会角色来说明人际关系中预期存在的互动的行为模式。社会角色指的是与个体的社会地位和身份相一致的行为模式、心理状态及相应的权利和义务。社会角色包含两层意思。首先，社会中的一切行为都与各自特定的社会角色相联系，根据个体所处的角色可期望其发生与角色相适应的行为；同时，一定的角色又具有相应的权利和义务，如病人既有配合医疗护理的义务，又有获取健康教育和治疗护理的权利。

社会角色强调角色期望和角色扮演。角色期望是指社会、他人或自我对某一社会角色所应具有的一组心理与行为特征的期望，担当某一角色的人应该符合他人或社会对该角色的要求，

笔记

否则就会被认为是不恰当的。例如教师的社会角色被期望是答疑解惑、教书育人和为人师表，其行为应该符合教师角色的行为规范；医生的社会角色被期望是救死扶伤、治病救人，其行为应该符合医生角色的行为规范。角色扮演是指行为者根据自我对各种社会角色观念的理解，按照他人或社会的期望采取的实际行为。个体在社会活动中扮演多种角色，其行为应随时间和环境的不同而进行调整，这就是角色转换，例如一个人在单位的角色是一位领导，回到家里的其角色又转换为丈夫和父亲，当到商店去购物的时候，其角色又转换为顾客。角色冲突是指当个体的角色行为与角色期待产生不协调状态时的内心体验。一个人可以同时扮演多个角色，并能保持各角色间和谐一致，但有时不同角色的要求之间会发生矛盾，此时就会发生角色冲突；另外，当个人的期望与角色要求冲突时、或不同的人对某个角色期待不同均会产生角色冲突。

2. 病人角色 个体在生活中要承担很多社会角色，每一种社会角色都有一定的特征性，不同的社会角色必须承担相应的义务或责任。病人角色（patient role）又称病人身份，是一种特殊的社会角色，是处于患病状态中同时有求医的要求和医疗行为的社会角色。具有了病人身份，在心理和行为上也就产生了变化。病人角色被期望采取切实行动来减轻自身的病状，如按医嘱服药、卧床休息，接受医生治疗等，努力使自己恢复健康。

患病时的个体被疾病的痛苦所折磨，有治疗和康复的需要和行为，个体需要从其他社会角色转换到病人角色。Parsons 从社会学的角度，观察病人与周围人的互动，提出了病人角色的四个要素：①病人可从常规的社会角色中解脱出来，减轻或免除原有的责任和义务。患病后，由于精力和活动的限制，病人可以减免平日社会角色所承担的责任，减免的程度视疾病的性质和严重程度而定。②病人对陷入疾病状态没有责任。患病是超出个体控制能力的一种状态，不是病人所愿意的，病人本身就是疾病的受害者，无需对患病负责。③负有恢复健康的责任。患病是一种不符合社会需要的状态，也不符合病人的意愿，因此病人必须有使自己尽快康复的动机和行动。④负有寻求医疗协助的责任。患病的人不会因为自己有恢复身体健康的意愿，就能达到健康状态，必须依赖周围人的协助，才能使其愿望得以实现，在一定程度上须信赖他人的帮助，包括家庭、社会等；同时，病人必须寻求使自已康复的医学技术的帮助，必须同医务人员合作，尽快恢复健康。

3. 病人角色的权利和义务 作为一种社会角色，病人角色享有其特殊的权利，并承担相应的义务。我国的学者将病人的权利和义务概括如下：

病人角色的权利：①享受医疗服务的权利；②享有被尊重、被了解的权利；③享有对疾病诊治的知情同意权；④享有保守个人秘密的权利；⑤享有监督自己医疗权利实现的权利；⑥享有免除病前社会责任的权利。

病人角色的义务：①及时就医，争取早日康复；②寻求有效的医疗帮助，遵守医嘱；③遵守医疗服务部门的各项规章制度，支付医疗费用；④病人要和医护人员合作，配合诊治护理工作。

4. 病人角色的转换和适应 人的一生都有进入病人角色的可能，甚至与病人角色终身相伴。病人原来的社会角色的特征与病人角色的特征越接近，如个性比较依赖和顺从、愿意接受别人的帮助、能相信别人的人容易接受病人角色；反之，病人原来的社会角色与病人角色差别越大，越容易产生角色适应的困难。当个体从其他社会角色转化为病人角色以及在承受病人角色的过程中，有角色适应和适应不良两种类型。

角色适应（role adaptation）是指病人与病人角色的期望基本符合，如承认自己患病，积极接受治疗，主动采取各种措施促进恢复健康，疾病痊愈后能及时地从病人的角色再转换到原来正常的社会角色。

病人角色适应不良（role maladjustment）是指病人不能顺利地完成角色转变的过程。由于种种因素病人在角色转换过程中会出现一些适应不良，从而影响疾病状态向健康转化。角色适应不良时会引起一系列的负性心理反应，包括恐惧、焦虑、易激惹、自责、抑郁等，甚至绝望的行为表现。常见的角色适应不良有以下几种情况：

笔记

(1)角色行为缺如(role scarcity):病人未能进入病人角色,不承认自己是病人。虽然医生已做出疾病的诊断,但病人尚未意识到自己已患病或不愿承认自己是病人。由于患病意味着社会功能下降,与求学、就业及婚姻等涉及个人利益的问题有关,致使病人不愿接受病人角色;另外,部分病人可能使用了"否认"的心理防卫机制,以减轻心理压力,这类病人不易与医护人员合作。

(2)角色行为冲突(role conflict):当多种社会地位和多种角色集于一人时,在其自身内部产生的冲突。个体在适应病人角色过程中,与其病前的各种角色发生心理冲突而引起行为的不协调。从健康人变为病人时,如果病人不能从平日的社会角色行为进入到病人角色,其行为表现不符合社会预期时,就会引起心理冲突,病人常表现为焦虑不安、愤怒、烦恼、茫然和悲伤。如病前的社会角色是一个工作节奏快、人际交往广泛的部门主管,生病后需要休息和静养,但病人还是按照自己以往的习惯行事,将工作带到病室,不能适应病人角色的要求包括遵医嘱服药、休息、接受治疗等,从而引起角色行为冲突。冲突的程度随患病种类及病情轻重而有不同;正常角色的重要性、紧迫性及个性特征等也会影响角色转变的进程。

(3)角色行为减退(role reduction):个体进入病人角色后,由于某种原因又重新承担起本应免除的社会角色的责任,放弃了病人角色去承担其他角色的活动。如出于某种强烈的动机或对某种需要的迫切追求,超过求医治病的动机,病人可能会走出病人角色去承担其正常时角色的责任和义务,这常常会使病人的病情出现反复。如一位生病住院的母亲不顾自己的身体尚未康复而毅然出院,去照料患病的女儿。

(4)角色行为强化(role intensification):随着躯体的康复,病人角色行为也应转化为正常的社会角色行为。如果这种转化发生阻碍,个体"安于"病人角色的现状,角色的行为与其躯体症状不相吻合,过分地对自我能力表示怀疑、失望和忧虑,行为上表现出较强的退缩和依赖性,这就是病人角色行为强化。导致角色行为强化是由于某些病人惧怕很快回到充满矛盾和挫折的现实的社会角色中,以退化机制来应对现实环境;另外,病人角色满足了病人的某些心理需要,如需要他人关注等,这些都可以使病人角色强化。

(5)角色行为异常:这是病人角色适应中的一种特殊类型。病人无法承受患病或不治之症的挫折和压力,对病人角色感到厌倦、悲观、绝望,由此而导致行为异常。表现出绝望,冷漠,拒绝治疗,直至以自杀手段来解脱病痛之苦;对医护人员产生攻击性行为。多见于慢性病长期住院病人或治疗困难的病人。

5. 影响病人角色适应的因素 许多因素影响病人角色的适应,如病人的年龄、文化背景、自身的经历和社会环境等都会影响到病人的角色适应。疾病的性质和严重程度是影响病人角色适应的最常见因素,如果症状明显可见常促使病人能及时就医,反之病人常漠视疾病,不易进入病人角色。另外,医院的各项规章制度对病人也是一种约束,会对病人的角色适应带来一定影响。

病人角色适应过程因每个病人的情况而各异,但一般情况下,在病情的演变和治疗过程中,病人会慢慢地适应这一角色。许多病人开始时不安心扮演病人的角色,往往急于求成,对医疗的要求不切实际,认为很快就能根除疾病,需要在病情的演变和治疗过程中,病人才能慢慢适应,从而规范自己的角色行为,如关注自己的疾病,遵行医嘱,采取必要措施减轻自身疾病或症状等。

医护人员应帮助病人完成从正常人角色向病人角色的转换,建立良好的医患关系,帮助病人熟悉环境,适应病人角色;当病人康复后,要帮助病人从病人角色向正常人角色的转换,具体指导病人逐渐增加活动,从身体上和心理上逐步脱离病人角色。

二、病人的求医与遵医行为

(一)求医行为

笔记

1. 求医行为的类型 当个体感觉不适时其可能反应是:忽视或否认、自我治疗和求医。求医行为是指在人们感到某种躯体不适或产生病感时寻求医疗帮助的行为。求医行为是人类进

行防病、治病和保持身体健康的一种重要行为，可分为主动求医行为、被动求医行为和强制性求医行为。主动求医行为是指人们为治疗疾病、维护健康而主动寻求医疗帮助的行为，是人们通常的求医行为；被动求医行为指得是病人无法和无能力作出求医决定和实施求医行为，而由第三者帮助代为求医的行为，如婴幼儿病人，处于休克、昏迷中的病人，垂危病人等，必须由家长、亲友或者其他护理人员的帮助才能去求医；强制求医行为指得是公共卫生机构或病人的监护人为了维护人群或病人的健康和安全而给予强制性治疗的行为，主要是针对有严重危害的传染性疾病和精神病病人。

2. 求医行为的原因　病人察觉到自已有病时是否有求医行为，与个体的生理、心理和社会等方面的因素有关。

(1)生理性原因　因身体某些部位发生病变，病人主观感受到身体不适或疼痛难忍而求医。实际上不论病人所患的疾病性质或严重程度如何，病人的主观感受常常是促使病人产生求医行为的重要因素。

(2)心理性原因　因某些生活事件，使个体精神遭受刺激而导致心理紧张、焦虑、恐惧，为缓解负性心理反应和精神痛苦而求医。

(3)社会性原因　因某些疾病对社会产生现实的或潜在的危害而求医，如传染性疾病、性病等。

3. 影响求医行为的因素　求医行为是一种复杂的社会行为，受到诸多因素影响，如对疾病性质和严重程度的认识水平、对症状或不适的心理体验及耐受程度及社会地位和经济状况等，都影响病人是否寻求医疗帮助。概括起来，求医行为的影响因素主要有以下方面。

(1)年龄：一般婴幼儿和儿童在人群中处于被保护的社会角色地位，这个年龄段的人群的求医行为相对较多。青壮年是一生中疾病抵抗力最强、患病率最低的时期，这一阶段人们的求医行为相对减少；老年人由于机体抗病能力的下降以及孤独、寂寞及害怕死亡等心理因素，导致患病机会增加，其求医行为也相应增加。

(2)对疾病的认识水平：主要是指病人对疾病性质和严重程度等方面的认识。例如伤风感冒是人们最常见也最常患的疾病，由于危险性小，人们对其后果有可靠的判断，往往不求医。但被蛇、狗等动物咬伤以后，由于这种状况对生命威胁较大，人们往往采取求医行为。

(3)个性因素：敏感多疑、依赖性较强的个体求医行为相对较多；孤僻、独立性较强的个体求医行为相对较少。

(4)文化教育程度：在多数情况下，具有较高文化水平的人更能认识到疾病带来的危害，意识到早防早治的重要性，所以他们的求医行为较文化程度低的人高。知识水平低、缺乏医学常识、对症状的严重性缺乏足够认识、对于医生及医疗手段的恐惧都可能讳疾忌医。

(5)社会经济状况：经济富裕、社会地位高的人往往更关心自己的身体健康，且就医较一般人更容易，所以其就医率较高；而社会经济地位低下的贫困人群多为被动求医或短期求医。所以，医疗卫生的体制及医疗保险业务的开展与否会对求医行为带来影响。

(二)遵医行为

遵医行为是指病人遵从医务人员开列的处方和遵照医嘱进行检查、治疗和预防疾病复发的行为。病人只有和医生密切合作，严格遵守医嘱，才能使身体尽早康复，否则即使医生的技术高超、医院的设施先进也达不到预期的治疗效果。所以，是否有良好的遵医行为是影响疾病疗效和疾病转归的决定性因素。

影响遵医行为的因素：遵医行为是一个具有生物学意义和社会意义的过程，影响病人遵医行为的因素是多种多样的，主要有以下几方面：

(1)与病人对医生的信任和满意程度有关。医生的知名度、服务态度和服务质量，直接影响病人对医生的信任和尊重程度，也影响着病人对医生发出的信息和劝告等医嘱的遵守程度。

笔记

(2)与疾病种类、严重程度及病人的就医方式有关。慢性病病人、轻症病人和门诊病人不遵医嘱的情况较多;急性病病人、重症病人和住院病人对医嘱改变较少,遵医率较高。

(3)与病人的主观愿望和医生治疗措施的吻合程度有关。例如,病人希望用中药治疗,而医生开列的是西药;病人希望做理疗,而医生却给他打针吃药等类似的情况,当两者发生矛盾或差异时,不遵医行为就不可避免地发生了。

(4)与病人对医嘱内容的理解和记忆及治疗方式的复杂程度有关。医嘱中的一些医学术语可能会让病人产生理解偏差;或服用的药物多、服用方法复杂且剂量不一致以及治疗方式复杂,往往使遵医行为发生偏差。老年人、文化水平低、智力低下者尤其如此。

三、病人的心理需要

人们在健康时往往能够自己去主动满足各种需要,而患病后往往无法按照通常的方式去满足需要,而且因社会角色的变化还会产生新的需要。所以,医护人员应了解并帮助病人满足其心理需要,促进疾病的康复。

1. **患病期间的生存需要** 人们在身体健康时对饮食、呼吸、排泄、睡眠及躯体舒适等生存需要很容易被满足,患病后这些基本生存需要的满足则受到阻碍或威胁。不同种类的疾病及病情严重程度对生存需要的影响程度不一样。例如,吞咽障碍病人对食物需要的满足受到影响、呼吸困难病人对吸入氧气和呼出二氧化碳的需要受到影响等,不仅直接影响生理功能,对情绪也有极大影响。病人最基本的生理需要还包括解除疾病痛苦和恢复身体健康。

2. **患病期间的安全需要** 疾病本身就是对安全需要的威胁。患病时日常生活秩序受到干扰,病人会产生不安全感,丧失安全感常使病人害怕独处,惟恐发生意外,从而体验到深深的孤独,热切期盼亲人的呵护。

3. **社会联系和交往的需要** 病人需要被关心和接纳。患病住院后与亲友分离,接触新异的检查与治疗,病人特别需要医护人员和亲人的关怀、同情和理解;同时,病人入院后改变了原来的生活规律和习惯,进入到一个陌生环境,病人需要尽快地熟悉环境,被新的群体接纳,需要与病友沟通,在情感上被接纳。另外,病人需要社会联系和交往。除了与医护人员和病友交往,病人还需要与家庭成员沟通、与同事和朋友保持联系和交往。

4. **患病期间尊重的需要** 疾病可能干扰病人尊重需要的满足。病人常感到成为别人的负担或累赘,自信心降低,因而可能对尊重的需要会强于健康人。病人需要得到人格的尊重,需要保密隐私;另外,向病人提供与疾病有关的诊治信息及病人的知情同意,也体现了对病人的尊重。病人入院后在适应新环境中需要要得到有关信息,包括了解住院生活制度、自己疾病的诊断和预后、治疗计划、手术效果以及如何配合治疗,主管的医生和护士的技术水平等。了解这些信息会增强病人战胜疾病的信心,与医护人员更为合作,从而有利于治疗和康复。

5. **患病时的自我成就需要** 患病时,最难以满足的就是自我成就的需要,主要表现在表达个性和发展个人的能力方面感到力不从心,成就感下降,特别是有些意外事故致残者,其自我成就需要受挫更严重。因此鼓励病人战胜病痛,对生活充满信心就显得尤为重要。

病人的心理需要会以各种方式表现出来,若得不到满足便会产生一些抵触行为。所以,医护人员应认识和了解病人的心理需要,根据具体病人的心身特点加以引导和解决。

第二节 病人的一般心理特征与基本干预方法

在患病状态下,病人会出现一些和健康人不同的心理反应。健康人的心理活动主要是适应社会生活,而病人的心理活动则更多地指向于自身与疾病。不同年龄、性别及不同种类疾病的

笔记

病人其心理变化都有不同的特点，研究表明，病人在患病期间普遍会有以下几种心理特征。

一、病人的一般心理特征

（一）病人的认知活动特征

1. 感知觉异常 在感知方面，病人的注意力由外部世界转向自身的体验和感受，感知觉的指向性、选择性及范围都相应地发生了变化。进入病人角色后，由于疾病的反应和角色的变化，病人的主观感觉异常、敏感性增强。病人对自然环境的变化，如声、光及温度等特别敏感，稍有声响就紧张不安；对躯体反应的感受性增高，尤其对自身的呼吸、血压、心跳、胃肠蠕动及体位等感觉都异常敏感，对症状的敏感性增强。由于主观感觉异常，病人还会出现时间知觉异常和空间知觉异常，有的病人甚至会出现味觉异常等现象。比如住院病人若出现时间知觉的异常，会总感到时间过得慢，特别是对于病情迁延、治疗效果不佳的病人，有度日如年之感。久病卧床者会出现空间知觉的异常，躺在床上会感觉房间或床铺在摇晃或转动等。个别病人还可能出现错觉和幻觉，如截肢后的病人出现的“患肢痛”，感到已不复存在的肢体有蚁行感和疼痛感等。

2. 记忆和思维能力受损 在记忆方面，病人存在着不同程度的记忆力异常。一些躯体疾病伴发明显的记忆减退，如某些脑器质性病变、慢性肾衰竭等。另外，病人的思维活动也受到一定的影响，判断能力下降，猜疑心理明显，也常常影响病人对客观事物正确的判断。

多数脑血管疾病的病人均伴有不同程度的认知功能损害，血糖的波动而可直接影响糖尿病病人的注意力、定向力、记忆和思维等，慢性阻塞性肺疾病的后果是呼吸衰竭和脑缺氧，对病情严重的病人在病情缓解时做神经心理成套测试表明：注意测验、语词性及视觉记忆、一般智力及数学问题解决等认知功能均有损害。

（二）病人的情绪特征

情绪不稳定是患病后普遍存在的情绪反应，病人控制能力下降，易激惹。如甲状腺功能亢进的病人几乎都伴有情绪变化，表现为紧张、易激动及情绪不稳定。临床上常见的病人的情绪问题有焦虑、抑郁及愤怒。

1. 焦虑 焦虑是个体感受到威胁或预期要发生不良后果时所产生的情绪体验。焦虑时常伴有明显的生理反应，主要表现为交感神经系统兴奋的症状，如心率增快、血压升高、出汗、呼吸加速、失眠及头痛等。产生焦虑的原因主要是病人对疾病的担心，对疾病的性质、转归和预后不明确；对带有一定危险性的检查和治疗怀疑其可靠性和安全性；对医院陌生环境或监护室的紧张氛围感到担心和害怕，尤其是目睹危重病人的抢救过程或死亡的情景。

2. 抑郁 抑郁是以情绪低落、兴趣缺乏等情感活动减退为主要特征的一组症状。在抑郁状态下，个体会感到悲观失望、自卑自责；生理功能方面会有精力疲惫、严重顽固的失眠及食欲性欲减退等多种躯体不适；社会功能方面会有活动水平下降、言语减少、兴趣缺乏及社会退缩等。严重的器官功能丧失、预后不良的疾病、危重疾病及某些对工作和生活影响较大的疾病更容易使病人产生抑郁情绪；另外，抑郁情绪的产生还与病人的个性及社会经济因素有关。

3. 愤怒 愤怒是个体在追求某一目标的道路上遇到障碍，受到挫折时所产生的一种紧张情绪。病人往往认为自己得病是不公平的、倒霉的，再加上疾病的痛苦，使病人感到愤怒；同时，由于各种原因使病人的治疗受阻或病情恶化，或发生医患冲突，都会使病人产生愤怒情绪。愤怒常伴随攻击性行为，愤怒可指向外部，病人会向周围的人如亲友和医护人员失去理智地发泄不满和怨恨的情绪；愤怒还可能指向自身，表现为病人的自我惩罚和自我伤害，如拒绝正当的治疗，甚至破坏正在采取的措施和已经取得的疗效。

（三）病人的意志行为特点

治疗疾病的过程对病人来说也是一个以恢复健康为目的的意志活动，患病后病人主要表现为意志行为的主动性降低，对他人的依赖性增加，如有的病人意志力减退，不能按医生的要求完

笔记

成治疗,使疗效受到影响。许多病人有行为退化的现象。行为退化指的是病人的行为表现与年龄、社会角色不相称,显得幼稚,退回到婴幼儿时期的模式。如躯体不适时发出呻吟、哭泣,甚至喊叫,以引起周围人的注意,获得关心与同情。自己能料理的日常生活也要依赖他人去做,希望得到家人、朋友、护理人员无微不至的照顾与关怀。

(四)病人的个性改变

一般来说个性是比较稳定的,通常不会随时间和环境的变化而发生改变,但在患病情况下,部分病人会出现个性的改变。病人可表现为独立性降低而依赖性增强,被动、顺从,缺乏自尊等。尤其在一些慢性迁延疾病或疾病导致的体像改变,疾病对病人的生活影响很大,病人常常很难适应新的行为模式,以致改变了病人原有的一些思维模式和行为方式,使个性发生了改变。如一些病人患病后变得自卑、自责等;部分截肢病人可能会变得自卑、冷漠;脑卒中后可致人格衰退,病人可能变得孤僻和退缩。

二、病人心理问题的基本干预方法

心理干预主要针对病人的认知活动特点、情绪问题以及行为和个性改变;同时还要考虑不同疾病、不同年龄和性别病人的心理生理反应特点,采取综合性的干预措施,临床上主要采用以下几种方法。

(一)支持疗法

了解病人的不良精神因素及各种应激,要充分理解和尊重病人。鼓励病人倾诉,耐心倾听病人的痛苦与忧伤,帮助病人疏导负性情绪,鼓励病人培养积极乐观的情绪;帮助病人建立社会支持系统,树立战胜疾病的信心;给病人提供有关的信息,建立良好的医患关系,指导病人调整各种不良的生活方式与饮食习惯,帮助病人科学地安排生活,消除各种心理社会压力。给病人提供心理支持,促进机体的抗病能力,鼓励病人顽强地生存下去。

(二)认知治疗

病人会有怎样的心理反应,强度如何,取决于病人对疾病和症状的认识与评价。而认知模式又和病人的个性特征及社会文化背景有关,错误的认知会歪曲客观事实和阻碍疾病康复过程的进行。

首先,帮助病人识别自己的不良情绪和认知系统里的问题,然后,通过各种认知治疗技术,帮助病人改变观察问题的角度,赋予问题不同的解释,使病人的情绪和行为问题有所改善,努力达到纠正错误的认知,重建合理的信念和认知模式。临床上常常采用 Ellis 理性情绪疗法和 Beck 认知治疗技术,纠正病人的不良认知,将科学、客观和正确的康复知识介绍给病人,促进不良认知的改变。

(三)行为治疗技术

患病后出现各种情绪问题及生理功能失调在临床上非常普遍,及时应用行为治疗技术,可有效地帮助病人减轻这些症状,促进疾病的康复。行为治疗技术是通过学习和训练矫正情绪障碍和生理功能失调的一种治疗方法。常用的方法有放松训练、生物反馈疗法和系统脱敏疗法等,通过学习和训练,提高自我控制能力,消除和减轻症状。例如生物反馈疗法可用于治疗伴发焦虑的各种疾病,放松训练对于应付过度焦虑、恐惧和稳定情绪等具有特殊疗效。

(四)健康教育和咨询

健康教育可增加病人对疾病和自己身体状况的了解,减轻焦虑,增强战胜疾病的信心。健康教育的内容广泛,包括疾病的基本知识、紧急情况的处理和应对策略、病情的监测及生活管理等;为病人提供有关疾病和康复的医学知识,还可以帮助病人了解和解决患病后可能出现的婚姻和性生活的问题,提高生活质量。如冠心病病人及其配偶的常常会有一些心理问题,主要是焦虑和忧郁,配偶有时还会夸大医生在病人出院时的各项嘱咐,往往过分地对病人加以保护,助长了病人的依赖性和无用感,影响病人康复。

笔记

第三节 各类病人的心理特征

临床各科疾病种类繁多、病因复杂、病情轻重不一，病程长短各异。有些疾病呈急性起病，病情危重，如外科创伤、脑出血等；另一些疾病其病隐匿，病情呈慢性经过，如恶性肿瘤、糖尿病等。不同病期的病人的心理变化有不同的特点，以下主要介绍临床上常见的几类病人的心理特征。

一、不同病期病人的心理特征

（一）急性期病人的心理特点

急性期病人大多病情危重，需要紧急处理，病人的心理反应往往非常强烈。常见的主要为情绪反应和相应的行为反应。

1. 情绪反应

（1）焦虑：由于起病急骤，疾病发展迅速，病人对突如其来的疾病缺乏足够的心理准备，加上疾病本身带来的痛苦，并且病人没有时间安排工作和家庭生活，导致病人产生严重的焦虑。

（2）恐惧：绝大多数急、重病人需进入抢救室接受治疗，神志清醒病人目睹了紧张的抢救过程或死亡的情景；同时，对抢救室的各种医疗设备也会产生恐惧心理。有些疾病本身已对病人产生了心理压力，如心肌梗死，病人可因持续性剧痛而产生濒死的恐惧心理；消化道出血病人看到自己大量呕血、便血时精神极度紧张，更加重了病人的恐惧心理。另外，由于突发事故引起的损伤，病人可出现情绪性休克，表现为无主诉、冷漠、呆滞甚至昏厥。

2. 行为反应 突然发生的疾病或创伤对病人是一个严重的应激，有的病人可能会使用一些不成熟的心理自我保护措施，以减轻巨大的心理压力。急性期病人常会出现行为退化，病人表现为行为情感幼稚，哭闹不安，易激惹，不配合医护人员的治疗措施等。

医务人员的心理素质和技术水平对急性期病人的心理反应起关键作用。医护人员积极、快速和有序地投入抢救和治疗，可以减轻或消除病人的紧张心理；医务人员沉着、冷静和果断，可以增加病人及家属的安全感。对于急性期病人主要是给予支持治疗，要理解和尊重病人的情绪和行为反应，耐心地安慰和鼓励病人，向病人提供有关的信息，帮助病人正确对待疾病，积极配合各种检查和治疗措施，促使病情稳定和早日康复。

（二）慢性病病人的心理特征

慢性病指病程超过 3 个月、症状相对固定、常常缺乏特效治疗的疾病。慢性疾病的范围从相对较轻的如轻度听力损害到严重威胁生命的疾病，如癌症、冠心病和糖尿病等。慢性病的发病率在我国呈逐年上升的趋势，严重危害人们的身体健康，给社会经济的发展造成巨大的损失，包括心理干预在内的慢性病的综合治疗对控制慢性病的发展有重要意义。

生活质量在慢性病的治疗和康复过程中越来越瘦到高度关注。生活质量包括以下几个部分：机体功能、心理状态、社会功能以及与疾病或治疗相关的症状。目前，对慢性病患者生活质量的评估特别强调疾病及其治疗对病人日常活动如睡眠、饮食、工作以及参与娱乐活动的影响程度。病人对自我健康状况的感知和对生活质量的评价与疾病的发生发展、甚至死亡率密切相关。

1. 慢性病病人的心理反应

（1）主观感觉异常：慢性病病人常常将注意力转向自身，感觉异常敏锐，对自己身体的细微变化感受性明显增高，尤其对疾病的症状反应明显，病人常会诉说自己的各种不适。并且总是思虑着自己的疾病，而对其他事物很少关心。

（2）情绪反应：否认是慢性病的一种常见反应。否认是一种防御机制，个体用以回避疾病的危害性。通过否认，病人会觉得疾病并没有那么严重，减轻不愉快症状和治疗副作用的体验，还可以使病人更加适应诊断、能更好地辨认出疾病带来的困难之前减轻与慢性病有关的恐惧。

笔记

慢性病被诊断后，焦虑是很常见的反应，这是一种内在的痛苦和不安。例如，正处于心肌梗死康复期的病人，每一次胸痛都会让其担心再次心梗发作。很多癌症病人对身体的变化始终很警觉，每一次轻微的疼痛都会引起对复发的恐惧。人们在等待检查结果、得知诊断、等待有创性治疗、预知或正在经历治疗的副作用时，其焦虑程度会特别高。当人们预期疾病及其治疗会使他（她）的生活发生很大的变化、感觉自己无法离开医生的帮助并总担心复发、对疾病及其治疗的特点缺乏足够的了解患者的焦虑程度会更高。焦虑会妨碍个体正常的功能。例如，癌症患者出现焦虑时，对癌症的放疗、化疗适应更差；伴有焦虑的糖尿病患者血糖往往控制不佳，症状也会增加。

抑郁也是慢性病的常见反应，病人常感觉疲惫不堪，精力丧失。由于慢性病长期迁延不愈，使病人的生活和工作受到了很大的影响，甚至丧失劳动力，经济蒙受巨大损失，影响事业、家庭和社会活动，这些都使病人感到沮丧、失望、自卑和自责，对生活失去热情。有的病人经受了长期的疾病的折磨，对治疗缺乏信心，悲观失望，甚至产生“生不如死”的轻生念头。抑郁会在慢性病人的整个病程中间歇地出现。研究发现，近三分之一的住院病人报告至少有中等程度的抑郁症状，在中风病人、癌症病人、心脏病病人及有不止一种慢性病的患者中抑郁特别常见。

（3）病人角色强化：慢性病病人长期休养、治疗，已习惯于别人的照顾，行为上表现出较强的依赖性，更强烈地需要他人关注；另外，长期处于病人角色使病人心理变得脆弱和社会退缩，回避复杂的现实，这些都使得病人角色行为强化。

（4）药物依赖和拒药心理：许多慢性病病人由于长期服用某种药物，有时因病情稳定需要停用或因病情需要换用其他药物，病人会变得非常紧张和担心，甚至出现一些躯体反应；有些慢性病病人则担心药物的副反应大，对药物产生恐惧心理，甚至干脆拒绝执行医嘱或偷偷地将药扔掉，导致治疗困难。

2. 慢性病病人的自我概念 个体的自我概念与疾病的易感性及其促进康复的资源密切相关。自我概念一般是指个体对其自身品质和特性的相对稳定的看法，也是对自身生活许多方面的自我评价的总和，包括身体意象、成就、社会功能和个人隐私。

（1）躯体自我：身体意象是对个体躯体功能和形象的察觉和评价。研究发现住院病人的身体意象明显下降。慢性病人不仅负性地评价疾病本身，而且整个身体意象都笼罩在负性评价之中；慢性病人的负性评价则持续较久，而急性病病人来说，身体意象的改变是短期的。

（2）成就自我：在职业和非职业活动中取得成就是获得积极自我概念的一个重要因素。许多人的满足感主要来自于工作或职业，另一些人则从业余爱好和休闲活动中得到乐趣。慢性病在一定程度上威胁着这些重要方面，自我概念就会受到损害。

（3）社会自我：重建社会自我是患慢性病后重新适应生活的重要方面。与家人和朋友的交往是自尊的重要源泉。社会资源可以使慢性病人获得他们迫切需要的信息、帮助和情感支持。支持系统的崩溃会影响生活的各个方面。因此，要鼓励家属积极参与病人的康复过程。所有的家庭成员，包括年幼的儿童获得一些关于疾病、病程以及治疗方面的信息，有助于减少混乱和误解的可能性。

（4）私人自我：慢性病使个体的私人空间严重受限，许多疾病使患者不得不依赖他人。这种个体独立性的丧失、给他人增加的负担都对自我概念造成严重的威胁。病人个性中残留的核心部分——对将来的抱负、目标及欲望，也可因慢性病而受到影响。例如，病人退休后隐居于山中湖边小屋的梦想，却因慢性病不得不住在医院附近而破灭。

3. 慢性病病人的干预 慢性病病人的综合治疗是一个长期的过程，要有一个科学合理的治疗计划。目前已有许多用于处理慢性病相关问题的干预措施。

（1）药物干预：药物干预的主要目标是抑郁症，药物治疗主要适用于有重性抑郁的慢性病患者。这种情况下，最常处方的药物是抗抑郁药剂，特别是在预后不良时。

笔记

（2）个体心理治疗：主要包括以下几个方面：①支持性心理治疗：慢性病病程长、病情容易反

复,所以,要充分理解和尊重病人,给予心理支持和安慰,帮助病人建立社会支持系统,树立战胜疾病的信心。②情绪管理:帮助病人学习识别和觉察自己的情绪变化,培养积极乐观的情绪,让病人意识到保持积极乐观的情绪,有利于机体的康复。③认知行为治疗:以更加合理的思考模式来评价自己的疾病、生活和工作,发展有效的应对策略来应付生活中的变化,学习适应性的行为,使病人保持良好的心态,提高病人对慢性病综合干预计划的依从性。

针对合并心理社会问题的慢性病患者,一种常用的干预措施是个别心理治疗。首先,针对躯体疾病患者的治疗更可能是间断进行的,因为慢性病患者常间断地产生一些需要帮助的危机和问题;第二,躯体疾病的治疗中,与医生及家庭成员的合作非常重要。医生可以告诉心理学家或咨询师病人目前的躯体情况;第三,与传统的心理治疗相比,针对躯体疾病患者的治疗必须时常注意尊重病人的防御心理,防御可使病人不去充分了解病情的细节而起一定的保护作用;第四,慢性病患者的治疗师必须全面了解患者的病情及治疗计划。由于许多问题都集中在疾病和治疗的一些方面,不了解病情的治疗师就不能提供有效的帮助。而且,疾病和治疗本身就会导致心理问题(如化疗导致抑郁),无视这些事实的治疗师就无法做出正确的解释。

(3)病人教育:人们已发现包括应对技巧训练在内的病人教育计划可以改善许多疾病患者的功能,包括晚期肾病、脑卒中、心血管疾病和癌症。人们还发现相对于那些等待训练或根本不参加训练的患者而言,这些计划可以增加参加者对疾病的了解、减轻焦虑、增加病人生活中的目标感和价值感、减轻疼痛和抑郁、改善应对、增加治疗的依从性、增加控制疼痛及其他副作用的信心。

(4)放松、应激管理和锻炼:放松训练广泛应用于慢性病患者的干预,可以减轻化疗所致的焦虑和恶心感、减轻癌症患者的疼痛、增加多发性硬化患者的能量及活力。放松训练和应激管理、血压监控的联合使用能有效地治疗原发性高血压和哮喘患者。锻炼法通常用于心肌梗死的患者,但锻炼是否对这些患者的情绪有直接作用还不清楚。使用锻炼法后,心肌梗死患者的躯体健康确实有所改善,锻炼还可以改善患者的生活质量。

(5)社会支持:有良好社会支持系统的慢性病人能更好地适应疾病,如癌症病人、关节炎患者、晚期肾病患者和脊髓损伤患者。还有大量证据表明社会支持对疾病的转归有益,能促进疾病的康复或延长寿命。

慢性病人的家庭支持尤其重要,不仅因为它能促进病人的躯体和情绪功能,还因为它能改善治疗的依从性。家庭成员不仅要提醒患者需要参加的活动,而且还可以将治疗与家庭的其他活动联系在一起,以便患者能更好地遵从治疗。例如,家人会在每天早餐或晚餐前到附近散步。

社会支持团体是慢性病人的一种资源。许多慢性病人如脑卒中病人、康复的心肌梗死病人、癌症病人都可利用这种团体。有些团体由治疗师发起,有些则是由病人自发组成的。已有研究证实参加社会团体的风湿病人、前列腺癌的男性患者以及心肌梗死患者,比不参加社会团体的患者能够更好地适应疾病。自助团体可以有效地帮助病人应对因患有某些疾病,如癌症或癫痫,而产生的羞耻感;还可以帮助病人形成适应复杂治疗过程的正确动机及有关技巧。参加社会支持团体可以改善患者的健康状况和长期生存率。一项对每周参加癌症支持团体的病人的研究发现,参加者比未参加者存活期更长。

(三)康复期病人心理问题及干预

病残使病人在上学、就业、婚姻和经济等方面遇到重重困难和障碍,同时还面临周围人态度的改变,由此导致一系列心理行为问题。临床康复分三个阶段:①功能训练:保存和恢复病人的运动、感知、语言功能及日常生活能力;②整体康复:不仅使病人的器官功能障碍得到恢复,而且使病人从生理、心理和社会功能方面进行全面的、整体的康复;③重返社会:使康复后的病人以健康的心理和改善的躯体功能适应社会环境,履行社会职责。其中心理行为的康复具有重要的社会意义。

1. 康复期的心理问题

笔记

(1)错误认知:①否认是伤残病人常见的一种反应方式,也是一种心理防御机制,它可以暂

时地减轻心理上的痛苦。但是长期和过度的否认会导致个体不能准确地了解和接受自己患病的现实。如有些癌症病人往往抱有侥幸心理,否认和怀疑自己的医学检查报告结果,因而不及时求医诊治,延误了病情,失掉了可能康复的机会。②认同延迟:病残的发生使病人陷入一种应激状态,病人会把残疾和随后的康复治疗也视为不良刺激而回避治疗及康复有关的活动,这种现象叫做认同延迟。此时病人往往采用逃避或拒绝治疗。③失能评价:疾病和躯体残疾会使病人丧失机体的某些功能,如行走能力、性功能或女性第二性征等,有些病人终生需要他人照顾。因此,病人常常会产生失能评价,导致抑郁失望,可表现为拒绝治疗、攻击性强以及自杀行为等。大多数病人的失能评价往往存在对真实病情的歪曲,如过分忽视或夸大,由此而导致的后续行为反应将严重影响到对病残的适应以及对康复计划的执行。

病人还存在由社会文化背景的差异而导致的对某些躯体病残的不合理信念,如某些截瘫病人甚至从未想到过性功能的康复。由于不合理信念会导致不良情绪和不适应行为,继之影响康复过程以致严重影响病人的生活质量。

(2)不良情绪:多数躯体病残的病人都存在焦虑情绪,焦虑的心身反应可以影响康复过程。抑郁也是躯体病残者普遍存在的负性情绪。抑郁的程度往往取决于病残者的个性和病残对个体的特殊意义,而不完全是病残性质和程度,如一个手指的伤残对于钢琴演奏家来说可能是严重的打击,而对其他一些职业来说可能并不如此。病人的愤怒情绪往往来源于对病残的不良认知,有时病人也可为获得他人注意而表现为愤怒。当病人将愤怒指向自已时,会出现自卑、悲观和抑郁;当愤怒情绪以敌意和攻击形式出现时,病人变得易激惹,可使治疗变得困难,甚至使康复计划难以实施。另外,孤独感也是伤残病人普遍存在的情感体验。

(3)不健全人格:伤残病人比较普遍的性格特点是孤僻和自卑。对残疾的反应强度及自我评价的高低,都与不同的人格特点有一定的关系。具有疑病倾向的病人敏感、多疑,对不适和病痛的耐受性低下,往往夸大疾病伤残的严重程度,对治疗和康复缺乏信心;癔症性人格的病人感情脆弱,在挫折和不幸面前,情绪极不稳定,拘泥于程序和治疗常规,治疗程序略有变动,就对康复怀疑、信心动摇;偏执性人格的病人多疑、固执和心胸狭窄,在病残时容易责怪别人,在康复过程中常会视别人的好意为动机不良,甚至会怀疑医生的治疗,从而严重阻碍康复进程;强迫性人格的病人小心谨慎,力求完善,常对自已的病情过分担心,对医护人员的要求也过分严格,常抱怨医护水平太差,医生对其关心不够等;依赖性人格的病人要求医务人员及亲属给予自己更多的关心,害怕自己被忽视或抛弃,在治疗和康复过程中不重视自我调节和自我训练,对康复计划缺乏动机,阻碍了主观能动性的发挥,导致康复过程缓慢。医务人员应充分了解病人的人格特点,耐心细致地做好解释工作,指导其正确对待自己的疾患。

2. 伤残病人康复期心理问题的干预

(1)培养积极的情绪状态:通过心理支持和一定的指导措施,鼓励残疾人和病人培养乐观、自信和顽强的心理状态,促进机体的抗病能力和发挥器官的代偿功能,帮助病人顽强地生存下去。

(2)动员心理的代偿功能:人类的心理活动功能有很大的潜力,当人们不幸丧失了某种心理功能,其他心理功能则会予以代偿。例如,在现实生活中,盲人充分发展了听觉和触觉的心理功能,使其维持了与环境的适应,并能和其他人交往。有的无臂人经过锻炼后,可以用足穿针引线,绣花作画,并能做到生活自理。

(3)纠正错误的认知:错误的认知会歪曲客观事实和阻碍康复过程的进行。通过各种认知治疗技术,如 Ellis 理性情绪疗法和 Beck 认知治疗技术等,纠正病人的不良认知,将科学、客观和正确的康复知识介绍给病人,促进其不良认知的改变。

(4)康复运动锻炼的心理效应:运动锻炼是常用的一种积极康复手段,合理地使用运动锻炼程序,对残疾人和病人有良好的心身康复作用。研究表明,参加运动锻炼能减轻紧张焦虑状态,

笔记

运动抗焦虑的原因可能与以下几个方面因素有关：①运动锻炼过程能分散个体对焦虑的注意；②运动能对抗焦虑症状的知觉过程；③促进病人对引起焦虑症状的原因进行再评价。

(5)各种积极的社会因素都有利于病人的康复：家庭成员对病人的态度往往有决定性的作用。病人家属理解、关心和照顾病人，可帮助其战胜疾病，促进康复。发展社会福利事业，全面考虑残疾人和病人面临的不幸和困难，在学习、特殊训练、就业、职业选择及婚姻等方面，使他们都能得到全社会的关心和支持。对残疾人和病人进行康复训练和职业训练，增强病人的谋生能力，使他们的人格受到尊重，提高自我价值感和自信心。

二、临终病人的心理特征

（一）临终病人的一般心理特征

医学将人的死亡过程划分为三期：濒死期、临床死亡期、生物学死亡期。"临终"指死亡过程中的濒死期，对病人来说，这是一个充满痛苦、遗憾和恐惧的过程。所以，医护人员应了解临终病人的心理特征，满足病人的心理需要，尽可能地减轻临终病人躯体和心理上的痛苦，提高临终病人的生活质量，维护临终病人的尊严，让病人平静安祥地面对死亡，帮助他们安然地度过生命的最后时刻。

临终病人由于疾病的折磨、对生活的依恋、对家庭和未完成事业的遗憾以及对死亡的恐惧等，使临终病人的心理活动十分复杂。美国精神病学家、著名的临终关怀心理学创始人 Kubler Ross 在她的著作《死亡与垂危》中，阐述了她的观察和研究，提出了临终病人心理的 5 阶段理论。Ross 认为，在临近死亡的时候，病人的心理活动一般要经历以下 5 个阶段：否认期、愤怒期、协议期、抑郁期、接受期。

1. 否认期　当病人得知自己的疾病已进入晚期时，最初的心理反应就是否认。病人不承认自己患有无法逆转的疾病，表现为怀疑诊断是否出了差错，这是病人面临严重应激时的心理防御机制，有其合理性，可以暂时成为掩盖事实的积极的心理屏障。病人的这种心理一般持续时间短暂，但个别病人会持续否认直至死亡。

2. 愤怒期　否认期是短暂的，随着病情的进展，疾病的症状越来越明显，病人会产生焦虑、愤怒、怨恨和克制力下降。病人的愤怒源于他们的恐惧和绝望感，其愤怒的指向可能是多向的：他们会怨恨命运对自己不公；因疾病痛苦得不到缓解、各种治疗无效而抱怨医务人员；因亲人语言不当、礼节不周而大加指责；也可能因后顾之忧、家庭牵挂而怨恨自己。

3. 协议期　当病人感到愤怒怨恨于事无补，相反可能加剧疾病进程，病人试图用合作的态度和良好的表现来换取延续生命或其他愿望的实现。此时病人积极配合治疗和护理，情绪较平静，他们把希望寄托在医务人员的同情、支持与治疗上，期望得到及时有效的救助，达到一定的效果，期待能奇迹般地把病治好。这个时期对病人是有益的，因为他们正在尽量用合作的表现来推迟死亡的来临。

4. 抑郁期　随着身体状况日益恶化，病人逐渐意识到现代医疗技术已无力回天，自己即将丧失生命，因而陷入深刻的悲哀和绝望。绝望期的病人常有一种无所适从的失控感，有强烈的孤独感，忧郁愁闷，万念俱灭，巨大的心理压力常会引起食欲不振、眩晕、呼吸困难及极度疲乏，以致排泄失禁、精神涣散、疼痛不适。

5. 接受期　死亡已是即将发生的事，病人被疾病折磨得虚弱无力，病人无可奈何地默认了残酷的现实。此时病人面临即将来临的死亡，显得既不痛苦也不害怕，心理上有所准备，他们认为已经处理好他们想要处理的事宜，等待着与亲人的最终分别。一般情况下，此时病人的体力处于极度疲劳、衰竭的状态，常会表现出平静，原有的恐惧、焦虑和最大的痛苦已逐渐消失。

Kubler Ross 关于 5 阶段的临终心理的理论具有重要的价值，突破了人们对死亡研究的禁忌，促使人们开始科学和理性地研究死亡现象。但这个理论没有明确指出如何区分死亡的不同

笔记

阶段。有些病人可能不会经历上述的某个特定的阶段;有些病人可能会交替体验几个阶段,如从否定到愤怒,随后变得抑郁;愤怒阶段的病人又会出现否定等。另外,焦虑也是临终病人的非常普遍的心理反应,研究发现许多病人最担心和恐惧的是疼痛,因惧怕疼痛,有的病人甚至期待死亡;其他一些难以忍受的症状也让病人非常焦虑和恐惧,如呼吸困难、腹胀、呕吐等。

(二)临终关怀

临终关怀以提高病人临终阶段的生命质量为宗旨,体现了对人的生命价值的尊重。临终关怀包括医学、心理学、社会学和伦理学等多方面的内容,要求医护人员用科学的方法、高超精湛的临床治疗和护理手段,最大限度地帮助病人减轻痛苦,提高临终病人的生存质量和死亡质量,平静而有尊严地离开人世。所以,医护人员要了解和尽可能帮助病人满足各种生理需要、控制疼痛,尽可能使病人处于舒适状态;了解和理解病人及家属的心理需要,用切实有效的方法使临终病人正视现实,减轻消极的心理反应;尊重病人的人格,指导临终病人认识生命的价值及保持弥留之际形象的社会意义。

另一方面,由于临终关怀重视的是生命质量而不是通过消耗大量卫生资源来延缓病人的生存时间,可以大大减轻医院负荷,节约有限的卫生资源,减轻国家、集体和家庭的经济负担。

三、手术病人心理问题及干预

手术对于病人是一种严重的心理应激,不仅有身体的创伤性刺激,而且会产生一定的心理反应,会影响病人正常的心理活动,严重的消极心理反应可直接影响手术效果并增加并发症的发生率。因此,医护人员应了解手术病人的心理特点,采取相应的措施,减轻病人的消极心理反应,帮助其顺利度过手术期,并取得最佳康复效果。

(一)手术前心理反应

1. 手术前焦虑(preoperative anxiety) 手术前病人的心理反应最常见的是手术焦虑及相应的躯体反应。主要表现为对手术的担心和恐惧,躯体反应表现为心悸、胸闷、尿频、腹痛、腹泻及睡眠障碍等。病人在手术前后出现轻度的焦虑是可以理解的,但严重的焦虑往往干扰康复的进程。

2. 手术前焦虑反应的原因及影响因素 术前焦虑的原因很多,主要包括以下几个方面:①病人对手术的安全性缺乏了解,特别是对麻醉不了解,顾虑重重,大多数病人会产生焦虑和恐惧。②手术前的心理准备不足,常不能对手术作出客观上分析和评价,担心手术效果。③对医务人员过分挑剔,对手术医生的年龄、技术和手术经验反复思考,并为此感到焦虑。④对手术疼痛的恐惧。⑤过去的经验。如病人有过住院或手术的经历特别是伴有负性的情绪体验,或听说过某些手术意外的议论等。

许多因素影响病人术前焦虑反应的程度,而且个体差异很大。在评估病人术前焦虑水平时必须结合多方面的资料。一般认为年龄小的手术病人焦虑反应较重;女性病人焦虑相对较为明显;文化程度高的病人想法及顾虑较多;性格内向、不善言语表达、情绪不稳定以及既往有心理创伤的病人容易出现焦虑情绪等;其他影响因素包括家庭关系、治疗费用以及将来的工作和学习的安排等。

3. 手术前焦虑对手术的影响 在临床实际工作中发现许多手术前焦虑的病人在手术过程中全身肌肉紧张,麻醉效果不佳,手术疼痛剧烈,这是由于术前焦虑常常降低病人的痛阈和对疼痛的耐受性。有的病人尽管手术非常成功,但术后病人自我感觉欠佳,主要原因是术后仍然保持了手术前的焦虑反应,仍然担心许多因素会影响手术的效果。有些研究认为术前焦虑程度与术后效果存在着倒"U"字型的函数关系,即术前焦虑水平很高或者很低者,术后心身反应严重而且恢复缓慢;术前焦虑水平适中者,术后恢复效果最好;但有些研究结果认为术前焦虑与术后焦虑、疼痛程度及恢复存在线性关系,也就是术前焦虑水平高的病人,其术后疼痛程度高,机体康复的速度也慢。

笔记

（二）手术后病人心理反应的特点

一些手术可能引起部分生理功能丧失和体像改变，容易导致许多心理问题如自卑、焦虑及人际关系障碍等。反复手术而久治不愈者术后心理反应强烈，有的病人可能因术后一时不能生活自理、长期卧床以及术后不能继续工作等原因，而继发严重的心理障碍。

1. 手术后常见的心理障碍有

（1）术后意识障碍多在手术后第二至五天出现，表现为意识不清，一般在 1～3 天消失，少数可继发抑郁；伤口疼痛、失血缺氧、代谢障碍及继发感染等生物学因素均可诱发术后不同程度的意识障碍。

（2）术后精神疾病复发常因心理压力过重所致。

（3）术后抑郁状态多由于心理的丧失感所致，如乳腺癌切除术、截肢和脏器移植术等。表现为悲观失望、睡眠障碍、对日常生活不感兴趣、自责自罪以及不能接纳和认同自我等。

（4）术前焦虑水平高的病人，一般术后仍维持较高水平的心身反应。

2. 术后病人心理反应的影响因素　许多因素可以影响手术病人的预后，除了疾病的严重程度、手术操作技术、术后护理及有无并发症等因素外，心理因素也可直接或间接影响手术病人的预后，这些心理因素主要包括：

（1）对手术的恢复过程缺乏了解，对手术结果的期望不切实际。

（2）病人与医护人员之间缺乏有效的沟通，病人对医护人员的信任下降，降低了治疗的依从性。

（3）情绪不稳定、焦虑反应过高或过低以及抑郁情绪等。

（4）治疗和康复的动机不足，缺乏自信心。

（三）手术病人心理问题的干预

及时有效地干预和处理手术前后的各种心理反应，增强病人对手术的心理应对能力，使之具有良好的心理状态，有利于手术病人的躯体和心理康复。

1. 心理支持与指导　首先，要建立良好的医患关系，与病人进行耐心地交谈，听取病人的意见和要求，以估计病人的心理反应、手术动机及应对方式；其次，医务人员应及时向病人和家属提供有关手术的信息。详细耐心地介绍病人的病情，阐明手术的重要性和必要性，尤其要对手术的安全性给出恰当的解释；术后要及时反馈手术完成的情况、及时处理术后疼痛；还要提供有关医院规章制度及个人生活料理等手术前需要准备的信息；另外，要加强病人的社会支持，尽量安排病人与手术成功的病人同住一室，安排家属和朋友及时探视和安慰，能减轻病人术前焦虑，增强战胜疾病的信心。

2. 行为控制技术　及时应用行为控制技术，能最大限度地减轻病人的术前焦虑，顺利度过手术期，促进疾病的康复。常用的减轻焦虑的行为干预技术主要有放松训练、分散注意法、示范法、催眠暗示法和认知行为疗法等。示范法是让病人学习手术效果良好的病人是如何克服术前焦虑和恐惧，调动病人克服术前焦虑的积极心态；催眠暗示法可以降低病人的心理应激程度。在临床实际应用时，往往把上述心理支持及行为控制技术综合使用，减轻病人的心理应激水平，帮助其顺利度过手术期，达到最佳康复。

四、癌症病人的心理问题及干预

癌症的发病率和死亡率正在逐年上升，已成为当前最主要的死因之一。癌症的病因十分复杂，许多发病机制还不十分清楚。有关的研究提示，心理社会因素和癌症的发生发展密切相关，而且癌症病人的不良心理反应和应对方式对其病情的发展和生存期有显著的影响。

在癌症诊断和治疗过程中，多数病人会出现各种不同的心理反应，常常有情绪和行为上的剧烈变化。

笔记

（一）癌症病人常见的心理变化

尽管西医已经对癌症的诊断和治疗有了很大的进展，但是多数癌症仍然因转移和复发而难以治愈，这使得人们往往谈“癌”色变。所以，当病人得知癌症的诊断消息后，会出现显著的心理变化，其心理反应大致分四期。

	分期	症状	持续时间
Ⅰ	休克-恐惧期	当病人初次得知自己身患癌症的消息时，反应剧烈，表现为震惊和恐惧，同时会出现一些躯体反应，如心慌、眩晕及昏厥，甚至木僵状态	<1 周
Ⅱ	否认-怀疑期	当病人从剧烈的情绪震荡中冷静下来时，常借助于否认机制来应对由癌症诊断所带来的紧张和痛苦。所以，病人开始怀疑医生的诊断是否正确，病人会到处求医，希望能找到一位能否定癌症诊断的医生，希望有奇迹发生	1～2 周
Ⅲ	愤怒-沮丧期	当病人的努力并不能改变癌症的诊断时，情绪变得易激惹、愤怒，有时还会有攻击行为；同时，悲哀和沮丧的情绪油然而生，病人常常感到绝望，有的病人甚至会产生轻生的念头或自杀行为	2 周后
Ⅳ	接受-适应期	患病的事实无法改变，病人最终会接受和适应患癌的事实，但多数病人很难恢复到患病前的心境，常进入到慢性的抑郁和痛苦中	4 周后

另外，癌症治疗的过程中所伴随的副反应常会对病人构成暂时或持久的心理冲击。如化疗及放疗所致的恶心呕吐，使病人感到焦虑和恐惧，脱发也是许多化疗药物常见的副反应，会使病人感到苦恼，影响病人的自信和自尊心，部分病人变得社会退缩，不愿与人交往。

一些肿瘤手术会切除某个器官或造成病人体像的改变，如颜面部外观的改变，截肢、内脏造瘘等都可构成心理创伤，使病人对自己的身体或外观不能认同，产生自卑、悲观和抑郁的情绪变化。观察发现，乳癌病人术后约 1/3 有中度以上的焦虑及抑郁，病人在获得装饰性乳房后，抑郁症状可减轻，信心增加；另外，结肠癌手术或癌性截肢等，因体像毁损或功能丧失而损害病人的自尊，病人的反应常常取决于躯体的应激水平和对自尊心冲击之间的复杂的相互作用。

（二）癌症病人心理问题的干预

及时给予癌症病人适当的心理干预，可帮助病人尽快适应自己的心身变化，配合抗癌的综合治疗，同时可帮助病人减轻心理痛苦，提高生活质量。

1. 告诉病人真实的信息 一旦病人的癌症诊断准确无误，医生和病人家属面临的问题就是是否将诊断结果告诉病人，以及如何告诉病人。目前，国内外医生在这个问题上都有不同的看法，但多数学者主张在恰当的时机将诊断和治疗的信息告诉病人。让病人了解治疗过程中出现的各种副作用和并发症，并进行解释和心理辅导，这有利于病人配合治疗，使病人对治疗有一个较好地心理适应。在告诉病人诊治情况时，应根据病人的人格特征、应对方式及病情程度，谨慎而灵活地选择时机和方式。另外，建立良好的医患关系，树立战胜疾病的信心。

2. 纠正病人对癌症的错误认知 病人的许多消极的心理反应均来自于“癌症等于死亡”的错误认知；帮助病人了解自己疾病的科学知识，接受癌症诊断的事实，及时进入和适应病人的角色，配合治疗。

3. 处理病人的情绪问题 大多数癌症病人有情绪问题，而躯体疾病和心理因素的交互影响会导致恶性循环：得知癌症诊断，出现消极的情绪反应，进一步影响生理功能，症状加重，从而使得情绪进一步恶化……，而阻断这种恶性循环的关键在于解决病人的情绪问题。对于处在否认-怀疑期的病人，应允许病人在一段时间内采用否认、合理化等防御机制，让病人有一段过渡时间去接受严酷的事实。但是，长时间的“否认”则可能延误治疗，应加以引导。研究表明，对于癌症病人，真正意义上的“否认”并不多见，大多数属于情感压抑。支持性的心理治疗，可帮助病人宣

笔记

泄压抑的情绪，减轻紧张和痛苦的情绪。

由于对死亡、疼痛和残疾等后果的担心，癌症病人常常会产生焦虑和恐惧情绪，可采用认知疗法纠正病人的错误认知，如“癌症是不治之症”等歪曲的观念，再结合支持性心理治疗、放松技术、音乐疗法等治疗，有助于降低焦虑和恐惧的情绪。对于严重焦虑恐惧的病人，可适当使用抗焦虑等药物治疗。

抑郁是癌症病人又一常见的消极情绪，严重者可能不配合治疗，甚至产生自杀意念和自杀行为。通过对病人进行深入地晤谈等，并对抑郁的程度进行评估，根据病人的抑郁程度，采用多种治疗方法如支持性心理治疗、运动疗法和认知治疗等进行心理干预；同时鼓励和强化病人保持人际交往，进行力所能及的活动，尽可能提供社会支持资源，帮助病人改善情绪；对于严重的抑郁病人，使用抗抑郁剂是必要的。

4. 减轻疼痛 应高度重视癌症病人的疼痛问题，癌症病人的疼痛常伴有恐惧、绝望和孤独的心理反应，这会更加重疼痛的主观感受。由于疼痛可以加剧病人心身交互影响的恶性循环，所以，处理的原则首先是要采用各种措施减轻和消除疼痛，然后再考虑疼痛出现后的心理问题。晚期癌症病人的疼痛宜尽早用药物控制，不必过多考虑止痛药物的各种禁忌。

5. 重建健康的生活方式 宣传健康知识，倡导人们建立健康的生活方式，树立防癌意识，切断生活方式与癌症的通道。

癌症病人心理危机干预案例

蒋某，女，46周岁，工人，身高约1.65米，发育正常，高中文化，育有一女，婚姻美满，家庭和睦。王某性格内向、要强，少言寡语、不善交际。两年前体检，胸片提示“肺部阴影”，当时没有重视。最近因咳嗽进一步检查，诊断为“肺癌”。她怎么也没有想到自己会得癌症，内心无法接受，出现失眠、焦虑等症状，随即住院手术治疗，手术顺利，1个月后出院。出院后病人病情稳定，愈后良好，阶段性做放疗和化疗，但病人始终情绪低落，不愿与人交往，对如何事情都不感兴趣。

这一案例中，对病人心理治疗的主要目标是让其释放痛苦的情绪，引导病人改善焦虑、抑郁状态，及时调整心态，重新树立战胜疾病的勇气和信心，分析其心境障碍的原因，改变对疾病的不良认知。主要采用认知治疗和行为治疗。可分三阶段进行。

第一阶段：鉴于病人体检发现身患疾病后，无法接受现实，心情焦虑不安，甚至害怕、恐惧、拒绝治疗。此时病人最需要的是鼓励和安慰，给予病人心理支持，让病人释放内心的痛苦，消除过度的恐惧、悲观和愤怒的情绪，走出对癌症认识的误区，积极配合治疗。

第二阶段：虽然病人术后恢复良好，但仍有焦虑情绪。此时进行放松训练，使心境平和。方法是：让病人坐靠在沙发上，全身各部都处于舒适的位置，在医生的指导下进行放松训练，并掌握要领，之后可回家自行练习，争取达到全身完全放松，并运用自如。

第三阶段：帮助病人改变在癌症诊断、治疗和康复期间的不良认知和不良行为。让病人学习有效的应对方法，能够顺利解决各种各样的现实问题，包括如何应付放疗、化疗过程中出现的副作用；帮助病人建立有效的社会支持系统，缓解内心压力，走出情绪低谷。

五、器官移植病人的心理问题及干预

由于器官移植技术、移植免疫以及各种免疫抑制剂在临床应用中的进步，移植技术已成为治疗器官功能衰竭的有效手段，是20世纪医学进展最令人瞩目的学科。国内近年器官移植也

笔记

得到较快的发展,器官移植在生物医学方面已取得了长足进步,移植患者会产生怎样的心理反应,包括情绪问题、心理排斥反应、心理同化及心理社会功能康复等心理社会因素一直是人们关注的热点。器官移植术对于供者(donor)与受者(recipient)都会构成心理学相关的问题;供者想到的是降低了自己生命的安全系数,他们的贡献也可能并非完全自愿而是受到某种压力;受者对脏器面临生理排斥与心理排斥双重反应,生理排斥现象产生躯体不适,引起病人焦虑感。

(一)器官移植病人的心理变化

器官移植病人的心理变化可分为3个阶段,即异体物质期、部分同化期与完全同化期。

1. 异体物质期 见于术后初期。受者想到是以损害他人的健康来延续自己的生命,即使器官取自刚死的人也是将自己的生存机会建筑在别人死亡基础上的,病人会陷入深沉的抑郁。有的病人厌恶自己依赖罪犯(真实的或想象的)脏器而生存,产生罪恶感,导致病情恶化;同时病人想到有一种不属于自己的物体进入体内,会产生一种强烈异物感,觉得这一脏器功能活动与自己的功能不相协调,自己身体的体像及完整性受到了破坏,因此为担心自己的生命安全而恐惧不安,为自身脏器的丧失而抑郁、悲伤。有时,这种排斥还受到供者与受者个人关系的影响。如果是活着的供者,他原先与受者有矛盾,使受者从心理上厌恶这一脏器,可拒绝来自该供者的脏器。

2. 部分同化期及完全同化期 不良心理反应大为减少。此时受者到处走访打听,希望详细了解使他获得第二次生命的供者的全部历史、特征,甚至生活琐事,犹如我们所得心爱物品,总想详尽了解一样。曾有报道,供者的详情被病人了解后,供者的心理特征可能对受者的心理活动及人格产生影响。如女性病人移植男性肾脏后,心理活动变得男性化;相反,男性病人性格亦可女性化。

器官移植后受者心理反应的发生率是很高的。以肾脏移植为例,调查发现32.2%发生不良反应,主要是焦虑和抑郁;有7例曾有自杀行为。就移植成功率而言,活体供者高于尸体供者,而不良心理反应发生率恰恰相反。有报道,供者是活着的亲属时,不良反应发生率达57%,而供者为死者时则为31%,其原因尚待进一步研究。加拿大某医院血液透析和肾脏移植组对40多例病人进行了持续10年的研究,结果发现,肾脏移植后的早期阶段,病人通常是以欣快和再生感为其特征,常伴有自恋情绪及"被奇迹般地治愈和复活了"的幻想。因为肾脏移植在病人看来似乎不仅是一种避免死亡的手段,而且能摆脱因透析而引起的本能剥夺。紧接着是幻想的觉醒和抑郁。病人往往因幻想的醒悟而感到沮丧,"新生"并不是像最初幻想的那样美好,没有"从此摆脱病人状态",仍要回医院来检查身体情况和移植器官的功能,观察和治疗并发症及排除药物的可能并发症。此时病人可因为有体型与容貌改变的出现而引起不同程度的幻想。病人会出现一种适应性策略,表现为两种类型,一是退缩性夸大狂样防御,在意识中只对移植器官部分的自我排斥有抑郁和焦虑,而对自身死亡威胁的抑郁与焦虑则被否定,此型在身心方面的预后较差。二是进展性轻躁狂样防御,此时一方面对于移植器官部分发生的排斥反应有抑郁、焦虑;另一方面,也不排除因关心整个自身生命而出现的抑郁、焦虑,这种类型在身心方面预后良好。

移植器官存活固然重要,但生命的质量和整个生命本身则是更重要的。我们应在关心病人整体健康的前提下去关心移植器官,同时关心这类病人的心理反应。做过器官移植手术者,如肾移植、肝脏移植、角膜移植、安装人工心脏起搏器或人工瓣膜者,他们的生命完全掌握在医师手中及其使用的仪器及药物上,病人对医护人员的依赖性增加,多数采取被动服从态度,但也有持理想及敌视态度。面临疾病恶化或发生并发症威胁时,医护人员应给予仔细治疗,耐心解释;家属及社会应给予精神和经济上的支持,以减少抑郁、焦虑的不良反应。随着内脏移植的发展,器官移植的心理学知识将会进一步得到充实与提高。

(二)器官移植病人的干预

加强器官移植患者社会支持能有效地缓解移植术后患者的心理压力,提高患者的生活质量,减少患者对术后治疗的依从性。在临床工作中,对移植患者要给予更多的社会支持,包括社

笔记

会的、家庭的支持，呼吁社会来关心爱护移植患者，并做好家属的思想工作，取得家属的支持、配合，鼓励患者多与社会接触，充分利用社会支持，使患者融入社会的大家庭来肯定自身的价值，提高生活质量。国外有学者以社会网络图的形式将每个移植术后的患者网络在其中，结果表明该图加深了术后患者之间的了解，促进了患者个体需要及支持来源关系的相互交流，且迎合了移植术后患者的特殊需求。国内也有通过"肾友会"和"肾友之家"对患者进行健康教育、回访服务、肾友联谊活动等形式，积极诱导患者的健康心理，帮助患者顺利进行患者角色的转化。

六、医疗美容领域中的心理问题及干预

（一）美容整形术后的心理变化

随着生活水平及文化素质的提高，人们对美的需求日益广泛和强烈，要求美容整形手术的个体愈来愈多，我国美容整形外科得到了迅速发展。从社会心理学角度来分析，美容整形手术是满足人们较高层次的心理需求，因为其手术效果涉及患者的情绪、心理、社会需求和期望。由于人们的心理素质及审美观的不同，一些客观仍属理想的美容手术，其结果并没有使受术者感到满意，相反可能在其心理上引起负面反应。

进行美容整形手术的个体从术前期待到术后，对待手术效果的态度经常会表现一些特殊的心理状态，Reich 将美容整形受术者心理分为五类：①忧虑型：性格优柔寡断，顾虑重重，非常关注手术方案及术后客观改善情况；②依赖型：易受周围人暗示，别人认为手术成功则兴高采烈，否则沮丧忧虑；③情感型：思想活跃，愿望明确，易于表达自己的情感，对手术并发症和不良后果异议较少；④偏执型：夸大形体缺陷、疑心较重、敏感易怒；⑤分裂型：性格胆怯，害羞怪僻，缺乏自信和勇气。国内王肃生对美容整形受术者心态进行分析，认为可分为六类：①合理美容型：自身条件较好想，通过美容手术达到锦上添花目的；②过高要求型（理智型、固执型）：常夸大自身容貌不足，对手术期望较高，常以明星为模，要求医生照模施术；③适应环境型（主动型、被动型）：为适应工作环境，职业要求和社会活动而要求手术；④取悦他人型：往往是为"悦己者容"，想取悦于恋人、爱人而要求手术，特别注意手术效果；⑤畸形自卑型（先天、后天畸形者）：此类受术者有自卑感和情绪低落，非常渴望得到手术治疗；⑥思想波动型：见于青少年，缺少主见，追求时髦，悲喜无常。上述分型尽管数量不同，但其实质问题大同小异，以情绪抑郁，自卑固执、敏感善疑，焦虑易怒为主。

（二）美容整形病人的干预

根据对受术者心理素质量化测定所获得的信息，运用心理咨询的方法，与患者沟通感情，认真倾听病人倾诉，并给予同情和关注，客观、准确、科学的分析受术者病情程度及治疗过程，尽可能地将他（她）们带出心理误区。在接诊病人过程中，医生应热情友好，诚恳礼貌，行动轻柔，严肃认真，给病人心理上有安全感、信任感，建立良好的心理相容的医患关系。美容整形病人常用的心理学干预方法为：①认知疗法：最大限度地减少信念给他（她）们的情绪带来的不良影响，帮助其减少或消除情绪障碍。②行为治疗：应用放松训练技术，应付紧张、焦虑等情绪，鼓励患者正确面向社会、参与集体活动和他人交往，主动地表达自己的情绪、情感。③森田疗法：原则是顺应自然，为所当为。重点是解除精神交互作用，消除思想矛盾，陶冶情操。④心理分析治疗：目的是让患者正视他所回避的东西或尚未意识到的东西，并改善心理行为方式，使其人格成熟。

显然心理治疗对美容整形外科医生来讲是跨学科知识，对一些心理活动明显异常的受术者，美容整形外科医生应与心理医生紧密合作，共同进行外表和心理治疗，对获得最佳术后效果，会大有裨益，相得益彰，对医患都是非常有益的。一方面可减轻容貌的缺陷和畸形所给予受术者的心理负担，另一方面通过心理治疗，了解受术者心理状态，为选择最佳治疗方案提供参考，使受术者易于接受术后效果，并能主动配合治疗。

（方建群）

笔记

第十一章　医患关系与医患沟通

本章重点介绍医生角色的心理行为素养,包括医生角色的认知、语言、情感和行为特征。引入与医生能力发展联系紧密的医生胜任力的概念。介绍了医生的个人及社会责任,医生的权利与义务,使医学生对医生角色行为有较系统的认识和了解。本章考虑了社会文化因素与医疗行为的关系,讨论了医疗服务体制、患者病耻感、医疗费用支付形式对医疗行为的影响。结合医患关系研究进展,对医患关系模式及影响因素进行了介绍和分析,讲述了医患沟通的定义、相关知识和基本技巧,有助于医学生将医学心理知识和技能应用于临床实践。

第一节　医生角色与医疗行为

一、医生角色

与患者角色相对应的是医生角色(role of medical practitioner),很显然这是一种社会角色。虽然社会对于医生角色的界定,在不同的社会背景或不同的历史时期,其内容有所不同,但总的说来,当前社会对医生角色的认定基本一致。

(一)医生角色的心理素养

在各种社会文化中,医生角色是指直接从事疾病诊疗的医务人员,通常具有社会文化规定的角色行为,这些角色行为规定了医生的职业行为,也保证医生角色能行使其职责和义务。要胜任医生这个职业,需要具备符合职业要求的心理素养。主要表现在以下几个方面:

1. 角色形象　全世界对医生角色的社会文化要求都规定,医生需着职业装。白大褂是医生角色的形象表征,由此白衣天使成为医务工作者的文化标志。医生形象应传递给患者安全,信任,责任和智慧的信息,使患者能将生命托付,成为患者及家属健康的承担者。只有了解医生角色,才能恰当表现医生的社会形象,包括着装、发型、言谈、行为举止等。例如,一位患者来就诊,走了几个诊断室,见了几位医生,犹豫不知该看哪位医生,这时医生的角色形象就会对患者的选择产生影响。女医生不适当的打扮有时会降低患者的信任感。患者可能会认为,过度时髦打扮的女医生不够严肃认真;衣着很随意的医生往往使患者缺乏安全感。当然,这可能是患者对医生责任感和专业技能的判断有先入为主的偏见。但是,脏烂的工作服、工作场所穿拖鞋、诊疗场所在患者面前吃东西,发短信,长时间打电话等都有损医生角色形象。患者往往对医生性别、年龄、外表、甚至体态都有考虑。不同疾病,不同年龄的患者可能对形象的知觉和评价也不同。合格的执业医生应重视和适度把握医生形象。衣着端庄、态度和蔼、良好的眼光交流、逻辑清晰简洁的语言、语音语速适度的交流、稳定娴熟的操作以及关怀和理解的态度都是患者心目中好医生的角色形象。

2. 角色行为　社会文化规定了医疗行为发生在特定的从事专门医疗服务的医院或诊所,即医生角色只出现在医疗环境中。这不仅因为医疗行为需要特殊的设备、条件和环境,还因为医疗服务至关生命,必须在符合进行医疗服务的特定场所开展服务。在医疗场所发生的角色行为,也使患者对医生角色行为有更好的专业认同度,增强患者的安全感和信任感,同时有利于医患沟通和其他诊疗行为。不同的医疗服务任务,执业的场所可能不同,如在基层卫生院,防病、治病可能有时需要走访患者的家庭,上门调查和指导。不同专业涉及不同的治疗方法也需要不同的场所。如无菌病房、手术室、导管或器件检查室、重症监护病房,急诊服务,流动性救护工

笔记

作等。

3. 医生的语言　在医疗服务过程中，医生角色要求医生使用职业语言，包括口头语言、书面语言及肢体语言。口头语言表现在与患者的沟通，收集病史，协商诊疗方案，教育病人，告知病情和预后等。书面语言表现在病例记录及医疗文书的书写，病情证明、会诊记录、医学鉴定等方面。医生语言需要专门的训练，良好的职业语言不仅促进医患沟通，还能提高依从性，提升患者的满意度，减少医患矛盾和医疗纠纷。相反，训斥患者，不负责任的病情告知，以诋毁同行来展示自己个人价值的语言都会对医疗行为带来不良影响，甚至影响患者病情。下面一个病案说明医生语言的重要性。

【案例】　患者男性，41岁，已婚，驾驶员。一年前，患者渐出现头昏，疲乏，有时头晕，精力不足，就诊于神经内科。医生首次看患者后说，“这种情况可能有脑胶质瘤，或脑梗死，一旦患了这个病，可能肢体瘫痪，失去记忆等，需要做脑磁共振检查”。患者听说脑胶质瘤，想到脑子长瘤子，想到母亲5年前死于脑梗死，几年不能下床，生活需要别人照顾的痛苦情景，浑身发软，心跳加快，注意力不能集中，开始失眠。他在医生的安排下住院了，接受了脑磁共振检查，结果示有小的脱髓鞘改变。虽然医生告诉他没有发现胶质瘤，但患者时常出现紧张，恐惧感。头部有一点不适立刻心慌、紧张、恐惧，出汗，无法控制。明知已没有脑瘤，但身体经常出汗，心悸，肌肉颤抖感，食欲明显减退，体重也下降了。晚上不能入睡，白天出现头晕，肢体发麻，听到某人生病住院就会出现这些症状。患者说，原来从未生过病，母亲去世对其心情有一些影响，但没有像现在这样。医生对他说的话记忆犹新，从此，肿瘤，脑梗死，瘫痪，痴呆这些联想挥之不去，下意识地感到无法轻松和平静。

这个案例告诉我们，医生在告知患者病情或需要进一步检查时要注意语言的表达，既让患者理解，接受需要的检查又不让患者从此心生疑虑，甚至诱发焦虑。当然，个体的性格，躯体情况，生活经历等都会影响到患者对医生医疗行为的反应。医生的语言除了对患者表达医学的科学知识外，更重要的是能够用患者的知识和文化能理解的语言或通俗的比喻，让患者对自己的疾病及治疗方案有清晰的认识和了解，以便患者在更知情的情况下参与诊疗过程，体现对患者权益的尊重。肢体语言是医疗行为中常见交流语言。肢体语言包括：眼光接触、诊疗中的躯体接触、床旁的检查、对各种检查和化验单的结果的肢体反应、表达和指示等。

4. 态度与价值　世界上几乎所有国家对医生职业态度与价值观的认识，都已达成共识。医生的态度与价值观也是“全球医学教育最基本要求”之一。对医生态度和价值观最具影响力的，是欧洲400年前的希波克拉底。医生在从事医疗工作之前都要学习希波克拉底誓言。该誓言主要具有重大历史价值，虽然不是所有的医务工作者必须强制履行的行为规范，但它一直被作为每一个医学生步入医学殿堂之前的行为规范誓言。现在《日内瓦宣言》已经取代了希波克拉底誓词。《日内瓦宣言》是1948年在瑞士日内瓦举行的世界医学学会——日内瓦大会采用作为医生生毕业时的宣誓誓词。日内瓦宣言经过多次修订。2006年5月，世界医学学会第173次理事会修正直译版本如下：“当我成为医学界的一员：我郑重的保证自己要奉献一切为人类服务。我将会给予我的师长应有的尊敬和感谢。我将会凭着我的良心和尊严从事我的职业。我的病人的健康应是我最先考虑的。我将尊重所寄托给我的秘密，即使是在病人死去之后。我将会尽我的全部力量，维护医学的荣誉和高尚的传统。我的同僚将会是我的兄弟姐妹。我将不容许年龄、疾病或残疾、信仰、民族、性别、国籍、政见、人种、性取向、社会地位或其他因素的考虑介于我的职责和我的病人之间。我将会保持对人类生命的最大尊重。我将不会用我的医学知识去违反人权和公民自由，即使受到威胁。我郑重地做出这些承诺，自主的和以我的人格保证。”

可见，医生的职业态度是有共识的，是几乎所有的文化都要求和认可的。

5. 认知特征　在认知方面，医生需要保持知觉的敏锐，对患者在临床中呈现出来的各种征象、体征、检查报告有敏锐的知觉和判断。需要有客观、真实、科学的态度对待患者的病史，诊疗

笔记

过程,成功与失败的经验与教训。不穷理不可以行医。思维的敏捷,严密的逻辑判断和推理,记忆力、综合分析的能力,对概率的把握和风险评估的能力都是重要的医生的认知特征。他们具有以临床问题为导向对医学领域的问题不断提出质疑,并不懈寻求答案的能力;在困难和挫折面前不畏惧而勇于承担责任,发挥自己的知识和才能,机智而富有创造性地解决临床复杂问题的思维能力。具备这些认知品质无疑是医生重要的认知特征。

6. 情感 医生最重要的情感特征就是情绪的稳定性与共情的能力。医生必须能理解患者的痛苦,设身处地站在患者的角度理解患者的感受和需要,对患者提供情绪支持的能力,但不做情绪化的判断和做决定。有时医生的一个眼神、面部表情都在患者细致的观察之下,好像医生的眉宇间都传递出患者疾病的重要信息,也从中判断这位医生的个性和专业水平是否可靠。临床上,为什么有时给熟人看病反而容易出差错?这是因为,这种情况下患者与医生的关系不是专业的医患关系,这种过于"亲密"的医患关系干扰了医生的理性分析和判断。

医生对自己情绪的知觉是十分重要的,因为医生在情绪极不稳定或强烈的负性情绪状态下,难以完成责任重大的医疗任务。在经历重大生活事件后的医生,如果无法保持稳定的情绪,不仅难以集中注意力完成诊疗工作,也十分容易把自己的情绪投射到患者的身上,引发医患矛盾。此外,单位时间内过度超负荷的医疗工作,不仅会降低医生诊疗的效能和精确性,也使医生对情绪理智控制和管理的能力下降,常表现为烦躁、易怒,这是影响医生服务态度的因素之一。长期下去,可能会引发医生的职业倦怠。医生稳定的情绪和执业中的理性思维,有时会被患者误认为医生对患者的痛苦感到麻木,没有同情和关爱的热情。因此,医生需要通过自己稳定的情绪、理智的态度和负责任的行为,为患者提供合格的医疗服务,来体现对患者需要得到的重视和关注。

7. 胜任力(competence) Epstein 和 Hundert(2002)定义的医师胜任力:习惯和明智地使用沟通、知识、技术性技能、临床推理、情感、价值观和反思于日常实践,以使所服务的个体和社区获益。包括7个维度,33个胜任特征成分,得到广泛的认同,是目前最具代表性的临床医师胜任力研究。医学毕业生胜任力特征的七个维度是:职业发展能力、人际关系能力、个人特质、医学专业知识和技能、辅助知识、成就导向和行动力。胜任力的冰山模型见图11-1。

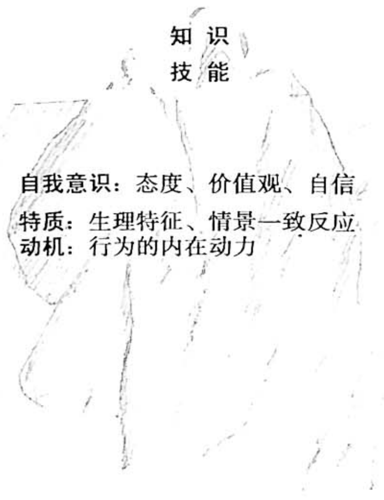


图11-1 医生胜任力的冰山模式图

冰山上面的知识和技能是比较易于测定的,而冰山下的动机、个人特质、态度、自我意识、成就导向则难以测定,但对一个医生的职业生涯发展更具影响力。

(二)医生的责任

医生作为社会角色承担着相应的角色责任。主要包括两方面的责任,一是医生对个体健康的责任,另一方面是医生对群体健康,甚至一个民族的体魄和寿命的责任。

1. 医生对个体健康的责任 医生对个体健康的责任包括:对寻求医疗服务的患者提供高质量的医疗服务,让患者的疾病得到正确的诊断和科学的治疗。医生还有责任在不影响治疗效果的前提下,尽可能减轻患者痛苦,制定符合患者付费方式和医疗费用承受能力的优化治疗方案,如果需要创伤性治疗也要考虑治疗后机体最大的功能康复和最小的残疾,以及患者的职业能力发展、家庭和社会生活的重建。美国医学研究院曾提出,高质量医疗卫生服务包括六个要素:有效、以病人为中心、及时性、有效率、公平性和安全性,后来有学者又提出,医患关系是高质量医疗服务的第七大要素。

2. 医生对群体健康的责任 医生通过开展对不同年龄、群体的医疗保健服务,参与疾病防治为目标的流行病学研究,医学技术的研发和推广,大众健康知识的普及性著作和读物,承担起群体的健康促进和维护责任。一些高发病率、高死亡率的疾病,例如,已成为当前我国最高的前

笔记

四位死因的心脏病、呼吸系统疾病、癌症、脑血管疾病，其防治和相关的对群体的健康教育就非常重要。此外，慢性病、精神疾病也越来越成为巨大的疾病负担，医生有责任通过参与政府的卫生政策制定，实现国家卫生保健目标。由于每一个人对自身健康的不确定性，以及对健康长寿的追求，对医生及医疗机构的需求也就成为普遍的需要。医生和医疗资源的存在，为群体的健康和生命提供了心理上和现实中的安全保证。

（三）医生的权利

1. 诊断的权利　医生通过医学院校5～8年的医学基础理论学习、见习和实习，再接受一段时间上级医生指导下的临床医疗实践，即毕业后教育，通过国家的执业医师资格考试，才具备独立从事医疗工作的能力。也就是说，一个医生的成长需要8～10年，一个专科医生的成长需要更长时间。医生的诊断权，是医生具有对患者疾患和健康状况的医学裁判和定论的权利。医生所做的疾病诊断决定了就诊者成为病人，使个体因健康状态的变化而发生一系列心理和社会方面的变化。医生作出的疾病诊断不仅是对患者疾病的一个医学标签，也是具有社会文化意义的术语，影响着患者的生活方式（如糖尿病患者需要糖尿病饮食）和人际关系等。有的患者因患有某种疾病失去恋爱、结婚、甚至生育的机会，失去职业生涯的发展。有的疾病诊断使患者不能从事自己感兴趣的职业（如视力缺陷、癫痫、精神疾患等）。有的疾病诊断增加了家庭关系的紧张和困难，如因为不经意染上梅毒的妻子长期不与丈夫过性生活，还可能出现反复洗手的强迫症状。有的诊断可使患者得到特殊的医学照顾和社会福利待遇，如职业病。

正因为医生的诊断具有如此的权威性，因而医生对自己的诊断权就不可滥用，没有依据和不负责任的诊断会给患者带来巨大的躯体和经济方面的代价，甚至法律纠纷。如严重伤人行为，如错误地把当事人诊断为“精神分裂症”从而使其免除刑事责任，就是会给受害者带来严重的后果。误诊可能导致不正确的治疗，让患者接受错误的治疗方案，不仅耽误了病情，还让患者承担不必要的痛苦和医疗费用。拥有诊断权的医生应该按照执业医师法和医疗的规章制度行使自己的诊断权。有时患者出于各种动机不愿接受医生的诊断，或者感到这个诊断给他带来耻感或社会生活的不便，希望医生按照自己的意愿换一个诊断，有的医生在患者的要求下任意改变诊断，其结果虽然满足了患者的要求，但是可能违反了医师法，也是对社会不负责任，同样可能造成严重后果。医生错误的诊断导致的免除或授予某个个体的行为权限，还可能伤害更广大的群体。如一个学校的厨师本来患有慢性肝炎并具有乙肝病毒的传染性，，如果被作出一个其他诊断，使患者继续从事每天几千人的学生餐饮服务，必然带来恶果。医生的诊断权并非是永久的权利，许多国家需要医生定期接受继续教育才能保持医生执业资格，也才拥有诊断权。

2. 了解患者隐私的权利　获得执业医师资格的医生，由于对疾病正确诊断和治疗的需要，有权利了解与疾病有关的各种个人信息，包括个人隐私。患者出于对自己的健康负责，也需要向医生提供全面详细的病史，哪怕有些个人私生活也不应该也不敢轻易隐瞒。因为医生正确诊断和治疗的基础之一，是患者提供全面详细的病史。医生有了解患者的隐私权，不是医生可以任意打听患者的所有隐私，而是只涉及疾病的预防、诊断和治疗有关的信息。如一位医生发现一名男性患者的HIV阳性，为了对艾滋病诊断的谨慎和严谨，医生需要了解患者是否有吸毒或不安全性行为的经历。又如，一名精神科医生在咨询一名19岁遭受性侵犯的患者的经历时，长时间过分细致地询问性侵犯性行为的细节及患者的躯体感受，最后这名患者从医生的眼光里感到了紧张和恐惧，以致无法继续咨询下去而离开了咨询室。实际上，当患者把自己的所有隐私告诉医生时，医生需要谨慎观察和保持理智判断，是否可能存在不恰当的诱惑和误导。患者面对医生对个人隐私的介入，会有不同程度的心理防御和情绪反应；医生在了解患者隐私时，也需要在相互信任的医患关系基础上，以维护患者的尊严和权利。所谓“有病不瞒太医”，就是说的在医生面前患者什么事情都可以暴露，而医生出于诊断和治疗的目的，什么都可以询问患者，这实际上是职业角色给予医生的一种权利。

3. 对患者进行各种检查的权利　为了诊断和治疗的目的，医生有权检查患者躯体的任何地方，包括隐秘的部位。当然检查敏感的部位前，应保证患者知情同意权。医生对患者躯体检查时，必须遵守职业伦理道德，既不漏掉每一个重要的体征，也不可向患者提出与患者疾患无关的躯体检查。如一名外科医生在对一名年轻女性腹部查体时，在患者的双侧腹股沟及会阴部检查

笔记

超过十多分钟，以致患者心生疑虑，回家后反复回忆那位医生检查的过程，并专门了解了阑尾炎的躯体检查方法，一种受到性伤害的感觉和情绪反应慢慢出现，后来反复纠缠于一定要搞明白那位医生的检查是否属于专科医生的检查范围，反复问家人，不能集中精力工作，后来被诊断有“强迫症”。虽然不能说患者的强迫症与那件事有直接的关系，但是作为一种扳机样的心理因素是存在的。医生对患者各种检查的权利也是受法律和医学伦理制约的。

4. 对患者进行医学治疗的权利 医疗过程中，根据患者的病情可能会有不同的治疗，包括药物治疗，外科手术治疗，放射性治疗等。治疗目标的不同，使用的治疗手段也不同。随着医学技术的发展，医学微创技术也不断出现。在医生面临救命为主，不能保全身体的完整性或不得不丧失一些器官和组织时，医生有进行各种治疗的权利，甚至可能是带有创伤性的治疗，如癌症的根治术就涉及较大组织和器官的切除，有时可能会留下一定程度的残疾，如眼球摘除，截肢，高强度的局部放射性照射，恐怖症患者的暴露治疗等。医生对患者进行治疗的权利，特别是带有创伤性的治疗时，必须告知患者及其家属，得到患者及家属的知情同意，并最大限度地把创伤降低到最小。医生的这种权利也受法律和伦理的限制，不可滥用。

5. 死亡判定权 医生具有对个人生命的死亡判定权，这一权利不仅具有决定患者包括死亡在内的各种预后可能性，同时也使医生担当起对生命的责任，对家属和社会的责任。正因为这一权利，医生不仅需要医学科学知识和技术，也需要对那些濒临死亡的患者及家属提供必要的医学人文关怀服务。这一权利也使医生在个体生死问题上可能涉及医疗相关的司法问题。如死亡通知书，就意味着患者户籍所在地注销患者户口。错误的死亡判定会带来司法介入的问题。

6. 参与医学司法活动的权利 司法活动有许多地方要借助于医生的医学知识和医疗记录来进行司法判决。首先，当患者涉及刑事、民事纠纷时，当事人（患者）的行为责任能力往往需要给出医学的司法鉴定。如某人因意识障碍或智能障碍失去自控能力，或在幻觉、妄想等症状支配下出现了伤人毁物行为，此时决定该当事人是否具有民事或刑事责任能力的判断权就在具有相应知识的专科医生手中，医生对当事人的医学鉴定会对最终的判决产生重大影响。第二，在医疗活动过程中，医患纠纷也需要医生提供相关的医学诊疗的客观数据和记录，甚至要求出庭。第三，有的患者的医学诊断涉及赔偿也需要医生提供诊断的客观资料和依据。第四，涉及患者残疾评定问题上，医生需要客观地对患者的疾病及治疗和预后进行评定，确定患者是否达到残疾的标准。因此，医生参与医学司法活动的权利更凸显了医学的客观、科学，不受其他因素干扰的特殊学科地位，社会在赋予医生权利的同时也赋予了相应的责任。

7. 从事医学研究和参与医学学术交流的权利 医生在长期的临床医疗活动中，一方面积累了丰富的经验，另一方面又遇到许多医学还不能解决的问题，由于这两方面的因素，医生有权利对医学上尚未解决的难题和顽疾，进行专门的科学研究。正是通过医学研究，并把结果和发现作为学术内容进行学术交流，才不断解决临床医学中的难题，提高整个医生群体的医疗技术，发展医学科学，改善人类的健康。因此，开展医学研究和学术交流，既是医生的权利，也是社会希望医生从事的工作内容之一。

8. 获得劳动报酬的权利 医生作为一种职业，其劳动应该受到社会认可而获得相应的劳动报酬。由于医生的培养比其他职业需要更长的时间，教育成本也高于其他职业，其工作压力大、工作时间长，因此医生有获得与其劳动价值相应报酬的权利。为了对疾病的准确诊断和有效治疗，医生需要学习很多的理论知识，学习和掌握很多复杂的技能和诊疗技术，还需要不断积累临床经验。多年的在校学习，才仅仅是医学生涯的起点，以后还需要不断的，终身的学习。医学的不确定性和人类对疾病和健康认识的有限性，患者对健康和长寿的高期望值，使诊疗工作具有较大风险，而医生必须担当起很大的责任。这种高技术性、高复杂性、高不确定性以及社会对医生的高期望都是医生获得较高报酬的因素。这在几乎所有的社会文化中都得到了体现。无论是发达国家和地区，还是发展中国家和地区，医生的收入总是高于社会平均收入水平。只有医生生存需要得到保障，劳动得到认可的情况下，才能全心专注于患者的诊疗工作。

（四）医生的义务

笔记

1. 人道主义的义务 医生在治疗疾病和抢救生命的时候，需要实行人道主义的义务，例如，

超时而不计报酬地工作，这种情况最常出现在重危患者需要抢救的时候。而在一些灾难、疫情发生，影响到群体的健康，甚至危及到群体生命的时候，对于医生来讲，不仅仅是时间的花费以及收入与付出不平衡的问题，有时甚至可能会危及到医生自身的健康，甚至是生命。应该明确，这是医生行业所应该具备的基本素质。

2. 告知义务　医生有向患者如实告知其健康状况和病情的义务，包括患者的检查发现，病情严重程度，可能需要接受的治疗，医疗费用及病情的预后等。患者有权利了解自己的病情，并在此基础上决定是否接受医生建议的治疗。

3. 为患者保密的义务　出于医疗目的所收集的患者的个人信息，不论是身体健康状况、精神状况，患者的社会经济状况，职业，身份等，在未获得患者的同意和授权的情况下，不得向他人透露。如患有癌症的患者可能同时也是具有特殊社会角色的个体，个人健康的信息透露，或许对患者的诊疗和康复不利，或违背了患者的希望和要求。当然，在特殊的紧急情况下，保密也是有条件的。如患者有自杀、攻击、恐吓他人行为，影响到社会公共安全或自身安全，这种情况下应首先告知患者的亲属，联系不到亲属时，应向相关部门报告。

4. 健康教育的义务　由于医患之间在医学问题上的信息不对等，而医生拥有更多的相关医学知识，医生有义务对患者进行健康教育，解答和提供关于患者疾病的医学知识，指导患者的健康管理，促进康复。例如，对心脏病患者生活方式的指导，高脂血症患者的饮食营养指导，各种疾病知识及疾病发展规律的教育，服药的方法及避免副作用的知识等，通过各种健康教育使患者能成为自己的健康管理者。

5. 为患者提供其他医学资源的义务　医生不仅要完成自己专业的临床工作，对于那些自己专业无法解决的问题，医生有义务向患者提供获得进一步诊治的医疗信息资源，使患者不至于延误病情失去治疗的时机。如转诊的医院名称和电话号码，紧急医学服务的机构名称或电话，康复机构名称及联系的电话，健康指导的网站，其他社会医学救助的资源信息等。

二、社会文化因素对医疗行为的影响

医疗行为，总是发生在特定的社会文化环境中，也总是与社会文化紧密相关。不管何种社会体制，关切健康与生命都是人类的基本需要，也是人类幸福的基础。作为关系生命与健康的医疗行为，必然会受到社会文化的影响。社会文化因素对医疗行为的影响主要有以下几方面：

（一）患者医疗费用支付方式对医疗行为的影响

不同的社会文化，有不同的医疗费用的支付方式。在我国，医疗费用的支付方式包括：政府基本医疗保障金支付，商业医疗保险金支付，个人支付等。不同的医疗费用支付方式，可能影响医生为患者疾病制定诊疗方案时的一些决策。如何为患者的疾病制定疗效好，痛苦少，患者的支付形式能够支付得起，诊疗成本较低而效果最优化的诊疗方式，是医生必须综合考虑的。当然，在一些特殊情况下，即便患者没有能力支付医疗费用，还会有社会的其他补助方式保障患者得到治疗。在危及生命的紧急情况下，“救命第一”是医生的工作原则，其医疗行为是不受医疗支付方式左右的。医生需要熟悉基本的社会医疗支付制度，才能更好地提供符合患者条件的医疗服务。

（二）患者隐私权对医疗行为的影响

为了提供更有效的治疗，医生具有了解患者隐私的权力。为了得到有效治疗，减轻病痛，患者在医生面前也常常毫无保留自己的隐私，有些隐私甚至没有告诉任何人，包括家人。患者隐私，包括身体私密部位的隐私、与疾病发生有关的生活经历方面的隐私以及个人内心世界的隐私。当疾患涉及需要检查身体私密部位，如性器官的暴露，患者常常会有顾虑，一方面感到羞耻不愿意暴露自身的私密部位，另一方面又恐耽误了病情，这时医生需要理解患者的心理感受和情绪，敏感知觉到患者的心理需要，为患者的诊疗过程提供安全的，尊重其隐私权和有尊严的医疗服务，包括选择安全、安静、不被打扰的检查的地点和场合。男性医生诊察女性患者特殊部位，有女性医生或女护士在场，一方面降低女性的焦虑和恐惧，另一方对医生本身也是一种保护，以免发生误会。值得提醒的是，男医生在检查具有性诱惑力的女性患者时，更需要保持专业的医疗行为。疾病诊断名称，未经患者的同意不得随意告诉其他人，包括患者单位的同事，记

笔记

者，甚至家人。但是，在紧急情况时例外，如精神疾病患者存在强烈的自杀动机和威胁他人和社会安全的行为时，需要及时告知患者家属或相关机构。重视和尊重患者的隐私权，体现了医生医疗行为的技术性与人文关怀的结合。

（三）患者病耻感对医疗行为的影响

疾病不仅是躯体的损害或功能障碍，疾病也是一个文化的符号。同样的疾病，在不同的社会，人们对疾病的社会文化理解是不同的。在几乎所有文化，都有一定程度病耻感的疾病，包括性传播疾病、艾滋病、精神病等。有的病耻感是相对的，如很有声誉的明星，重要政治角色和社会要职的人员，或从事特殊工作的人员，拥有严重或慢性疾病的标签也常常有病耻感，特别是这些疾病被社会文化认为涉及个人生活品质或公众形象时。医生需要注意患者对疾病的认知反应，对那些并不接受自己所患疾病或不愿意别人知道自己患有某种疾病的患者，在医疗行为上需要考虑患者的感受，选择符合医疗规范同时最大程度降低患者病耻体验的诊疗行为。因此，医生在诊疗行为中，应考虑患者对疾病的体验、认知反应，综合考虑诊断和治疗带来的生理、心理、社会和功能影响。需要注意的是，有时病耻感会使患者不愿被贴上这个疾病的标签，如因为带有社会文化下病耻感的诊断可能对请假、就业、升学、恋爱及社保等带来一定影响，患者可能希望医生不在医疗记录上写这样的诊断，希望写一个不那么有病耻感的疾病诊断。这种情况下，一方面对患者的要求有所理解，另一方面，在不影响医疗文件客观性和科学性的条件下，尽可能不增加患者的病耻感。当然，任何情况下不能违背科学、违背医师法等法律法规，任意写不符合客观事实的诊断和病历。在很好地与患者沟通后，通常患者是可以接受客观诊断的。

第二节 医患关系

随着医学模式由传统的生物医学模式转变为现代的生物—心理—社会医学模式，人们的健康期待水平也在不断提高，由单纯意义上的没有躯体疾病转变为身心健康和良好的社会适应性。在这种社会文化和医疗背景下，医疗服务质量的内涵也更加丰富和广泛，影响医疗服务质量的因素也日渐增多。因此，临床医生在提供医疗服务中，除了不断提高技术水平和能力外，更需要在与病人沟通交往中建立相互信任、尊重、融洽的人际关系，才能给病人提供满意的医疗服务。

一、医患关系的定义

医患关系是指医生与患者在健康与疾病问题上建立起来的真诚、信任、彼此尊重的人际关系，是一种特殊的人际关系。在诊治病人的过程中，医患关系非常重要。当病人求助医生时，医生一定要对这个病人的病情进行整体的评估和治疗，包括从躯体方面到精神方面。为了取得理想的治疗效果，医生不但需与病人建立良好的医患关系，同时也要与患者的家属建立良好的沟通关系。临床上，医患关系是构成医疗关怀的重要组成部分，也是反映医疗质量的重要指标之一。医患关系作为治疗过程的成分，有可能改善患者的疾病预后和健康结局。

二、医患关系的基本结构

医患关系包括四个基本成分：医生对患者病情的了解、患者对医生的信任、忠诚和相互尊重。患者不喜欢总是看到生面孔，不希望对不同的医生重复述说自己的病史，因此，对那些对患者病情十分了解的医生，甚至对患者的个人、家庭和社会信息都了解的医生更易建立良好稳定的医患关系。患者对医生的信任，被患者体验为病情被了解、受到关注、有安全感、医生有能力和责任感。同时，患者对医生的信任也建立在医生对患者的真诚基础上，对患者明确自己的工作范围，以及尽力救助的态度。病人对医生的忠诚，可以通过对治疗不满意的容忍度来反映。学者 Lings 等把这种现象叫做满意程度矛盾。忠诚，体现在患者即便由于医院原因带来的就医不便或不满意（如挂号难、流程复杂、没有回复电话等）仍然坚持要找他信任的医生看病，这种忠诚是患者在长程的就医过程中发展起来的。患者和医生建立的医患关系，是基于患者对通常时候的治疗是满意的，而愿意接受和忍受哪怕不是很好的就诊环境。可见，医患关系中患者对医

笔记

生的信任在其求医行为中具有很大的作用。医患关系中的尊重是相互尊重。一方面医生需要尊重患者，不论患者的年龄、性别、民族、职业、贫富、患何种疾病等，另一方面是患者对医生的尊重，当患者从医生那儿体会到关心，接纳和理解，并且自己在医生的心目中是要紧的时，就会对医生尊重。患者对医生的尊重，反过来也促进医患关系的积极发展。

三、医患关系的特点

医患关系既是一个结果，也是一个过程。它既具有相对稳定性，又具有动态性。与其他类型的人际关系比较，医患关系具有以下特点：

（一）目的指向性

医患关系，是为解决患者的健康和疾病方面的问题而建立的一种人际关系。患者因疾病而寻求医疗服务，医生为了解除患者的痛苦，促进健康的恢复，需要与患者建立一个共同进行医疗工作的联盟。在这样的关系中，患者对医生具有了信任，尊重，把自己的健康甚至生命托付给了医生，可见医患关系可谓健康所系，性命相托。作为职业医生，医患关系具有明确的目的指向性，就是对患者进行诊疗，消除患者的痛苦，促进健康。医患关系的目的指向性体现了医生对患者生命权的尊重、忠诚和责任。具备了这样的医患关系，才具备了医疗服务的基本条件。所有的诊疗过程，均在此关系构架中开展。

（二）职业性

医患关系，是一种职业行为过程中出现的一种特殊人际关系，这体现了了医生要通过劳动和服务，来获取报酬。这种关系有一个发生，发展和结束的过程。经历了从初期的患者求医，病史采集，完善检查、诊断、治疗方案的制定，实施治疗，到后期随着患者治愈或死亡而结束。医患双方虽然在人格上是平等的，但就患者疾病与治疗方面的知识和信息是不对等的，因此医患者关系在互动过程中也常常会有变化。患者常常希望发展更个人的非职业关系，已得到更方便的健康照顾。如患者希望得到医生的私人电话，请医生外出吃饭，有些患者因病耻感不愿到医院看病，但又需要医生的帮助，也希望医生成为朋友或改用其他称谓，以改变医患关系的职业性的特点。通常，医生在职业时间以外，并不希望被患者过多干扰，以及参加工作时间以外的医疗职业活动。因为如果医患之间没有职业界限，医生可能会逐步出现职业倦怠。当然，一些医学情况则例外。如有些医学问题，需要医生在一段时间内跟踪患者的治疗反应，病情突然变化或患者出现紧急情况，医生则必须全力以赴。这是医生的责任和义务所决定的，不能与上述职业性混为一谈。

（三）时限性

从病人的求医行为到疾病治疗结束，医患关系也经历了建立、发展、工作及结束等不同时期。与其他类型的人际关系比较，医患关系有一个明确的特点就是有时限性，也就是病人的治疗结束后，这种特定的医患关系也就结束了。在医患关系结束后，医生愿意作为个人与曾经的患者交朋友那时医生自己的选择，也对自己的选择负责。

（四）动态性

医患关系不是一成不变的，随着医疗服务的过程和结局，医患关系也在发生着变化。良好的医患关系，可能会因为疾病治疗结局不好而变成患者对医生愤怒或不和谐的医患关系，使医患关系失去了基本的信任、忠诚、相互尊重。也可能会因严重的疾病或痛苦的症状经过治疗很快消失，身体很快康复而使不太信任的医患关系发展成积极的、和谐相融的医患关系。因此，医生不仅要建立良好的医患关系，还有通过有效的沟通，维护积极的良好的医患关系。建立和维护良好医患关系的能力是一个医生最基本的技能之一。

四、医患关系的类型

根据病人的个体差异及所患疾病的性质，医患双方在医患关系中扮演的角色，以及在双方的交往活动中所发挥的作用不同，美国学者 Szasyt 和 Hollander 提出了医患关系的三种模式。

（一）主动-被动型

这是一种受传统生物医学模式影响而建立的医患关系模式。这种医患关系的特点是："医

笔记

生为病人做什么”,模式的原型是“父母-婴儿”。在医疗服务过程中,医生处于主动的、主导的地位,而病人完全处于被动的、接受医疗的从属地位。所有的医疗活动,只要医生认为有必要,即可施加于病人,无需征得病人同意。

这种模式过分强调了医生的权威性,忽视了病人的主观能动性。但这种医患关系的模式可适用于某些特殊病人,如意识严重障碍的病人、婴幼儿病人、危重或休克病人、智力严重低下病人及某些精神疾病病人。

（二）指导-合作型

这是一种以主要以疾病治疗为指导思想而建立的医患关系。这种医患关系的特点是“医生告诉病人做什么和怎么做”,模式的原型是“父母-儿童”。在医疗服务过程中,医生的权威性在医患关系中仍然起主要作用,但病人可以向医生提供有关自己疾病的信息,也可以向医生提出自己对疾病治疗的意见和观点。

这种模式较主动-被动型医患关系前进了一步,允许病人参与到自己疾病的治疗过程中,尊重了病人的主观能动性。这种模式适用于急性病人的医疗过程。

（三）共同参与型

这是一种以生物心理社会医学模式为指导思想而建立的医患关系。这种医患关系的特点是“医生帮助病人自我恢复”,模式的原型是“成人-成人”。在医疗活动中,病人不仅是积极的合作者,而且能够积极主动地参与到自己疾病的治疗过程之中。

这种模式的医患关系与前两种类型相比,更加重视尊重病人的自主权,给予病人充分的选择权。这种模式适用于慢性疾病且具有一定知识的病人。

患者疾病性质不同,病程的阶段不同,医患关系的模式可能会变化,只有医患关系的模式与患者的疾病性质、病程相符合时,才能使患者得到优质的医疗服务。

五、影响医患关系的因素

医患关系不仅是执业医生提供医疗服务的基础和前提,医患关系也明显影响到医疗服务的质量。良好的医患关系,能促进医患的良好沟通,达到医患之间的信任、尊重和理解。医患关系也受到诸多因素的影响,主要受到医生和患者方面的影响。

（一）医生对医患关系影响

医生是影响医患关系的主要因素,他必须学习接诊不同文化、身份、社会角色、性别、年龄的患者。以下几点尤为重要

1. 沟通技巧对医患关系的影响 医患沟通是影响医患关系最重要的因素。良好的沟通是医疗服务的基础,是体现医学关怀的重要环节,也是患者寻求医学帮助的基本需要。缺乏沟通技巧的医生,在医患关系中表现为对患者缺乏共情,在其言语及非言语沟通中,都可能伤害患者及家属的自尊和尊严,甚至侵犯患者的权利。未尊重患者的隐私或未履行告知义务等,都会严重影响医患关系。不良的沟通还会增加患者医源性应激的风险,给患者的精神和躯体带来损害。良好的医患沟通见沟通技巧部分。

2. 医生个人应激性事件对医患关系的影响 医生既是具有执业医生的社会角色,同时也是带有独特个性特征的个体。如医生在经历严重的应激(家庭关系的剧烈变故、各种功能丧失或慢性的高强度的应激事件)时,可能会影响到医患关系。这时,如果医生表现出对患者的冷漠、厌恶、忽视、易怒,甚至影响到医疗决策,这是非常危险的。

3. 医生对患者的反移情对医患关系的影响 在医患关系中,医生除了从医生角色的角度来对待患者外,医生个人无意识的需要、欲望、价值观等,有时也会无意识地投射到患者身上。如在面对很有性吸引力的异性患者时,医生的理性思维可能有瞬间“被夺”之感,无意识地希望发展与患者更亲密的医患关系和接触,希望在这位有诱惑力的患者身上施展才能,达到“征服”患者的目的,其结果使医患关系偏离职业关系,最终可能发展为个人之间的亲密关系。这是医生应该避免发生的。

4. 医生的职业素养和人格对医患关系的影响 有研究发现,医生的人格对医患关系的影响也十分明显。医患关系作为特殊的人际关系,也折射出医生的人格特质,如具有焦虑特质、缺乏

笔记

安全感的医生，表现在医患关系中，会有更多的紧张、犹豫不决，回避责任，处于更高的职业应激中。医生情感饱满而稳定、丰富的知识面、熟练的专业技能，尊重患者而不失自信，温暖而不失理智，接纳患者又有主见，细致而又果断，都是有利于建立良好医患关系的品质和个人人格魅力。医生幽默的谈吐，是医患交流重要的组成部分之一。对于那些充满恐惧和焦虑紧张的患者来说，它往往是最好的"松弛剂"。

（二）患者对医患关系的影响

医患关系是医患相互的动态变化过程，除了医生以外，患者对医患关系也有影响

1. 疾病因素对医患关系的影响 不同的疾病使患者在医患关系中表现出不同的行为，重症患者、慢性病、精神病常常使医患关系具有不同的类型。如身患癌症的患者，会因治疗不理想把自己的愤怒、悲伤投射到医务人员，甚至拒绝治疗。也有患者，因对疾病的过度恐惧和担心，反复希望得到医生的保证和安慰。

2. 患者对医生的移情对医患关系的影响 病人角色的社会合理性，使部分患者长期以患者角色的身份与医生保持长期的关系。在这种长期的医患关系中，医患关系成了患者生活中重要的关系，以代替患者匮乏的人际关系和社会支持，患者无意识地将个人关系中的亲密关系和情感投射到医生身上，这就是"移情"。在移情性的医患关系中，患者的症状受到无意识的控制，可能长期存在，医生也感到这样的患者症状迟迟不能消除，虽然生物学上并没有可证实的异常，但治疗效果不好，症状持续存在，很使医生受挫败。这种情况下，医生需要理解患者症状的意义，患者通过症状而维持着对自己很有价值的人际关系，医生若能对此关系有所知觉，就不会特别焦虑和受到挫败，可以介绍病人到心理治疗师或精神科就诊，但一定要注意沟通技巧，特别是让患者体验到医生的关怀而非把他当有精神问题的人，否则患者可能因为被医生转介给心理卫生专业人员而愤怒。曾经一位神经内科医生对一位长期以头昏、疲乏就诊的患者诊断为抑郁症，建议其看精神科，患者在愤怒之下把医生的耳朵割了，良好的医患沟通有助于避免这样的悲剧。

3. 患者人格对医患关系的影响 在临床工作中，医生会面对不同人格特质的患者。有些人格偏倚的患者，会给医患沟通带来特别的困难，或使医患关系难以健康发展，如有的患者，表现为对医生的过分依赖，有的患者有诸多诉求，需要不断得到关注，还有的患者固执地坚持自己对症状的解释，难以接受医生的解释，这些都会明显地影响医患关系。

4. 患者文化因素对医患关系的影响 患者的年龄、职业、受教育水平、民族和信仰等这些影响到医患沟通的因素，有时也会对医患关系造成一定的影响。对此，医生更需要从患者不同文化的视野和角度，了解患者对疾病的认识、理解和治疗期望。

（三）就医过程对医患关系的影响

1. 就医时间 那些需要长期有规律地定期在医生那里复诊的患者，对医患关系的维护和动态变化有明显的影响。在同一位医生的就医时间越长，表明患者对医患关系越满意，在彼此尊重、忠诚、信任和疗效方面越得到患者的认可。而那些不断变换医生的患者更难以建立稳定、良好的医患关系。

2. 患者对就医过程的体验 就医过程中，如医生的诊疗行为能让患者有所理解，医生对患者症状的解释与患者对自己疾病的认识基本达成一致，以及对患者需求充分了解，患者对医患关系的体验更满意，更愿意寻找这样的医生就医。总之，患者更希望寻找那些能满足他们服务期望的医生。当患者感到他的医生不具备他期望的医生特征时，就会中断医患关系，寻找他期望的医生。这也是为什么有的医生技能水平虽然并不一定很高，但患者却一直坚持在他那里看病的原因。

（四）社会传媒导向对医患关系的影响

传媒作为现代社会的重要信息传播方式包括电视、电台、报纸、网络等。由于媒体在信息传播方面具有影响面广、大众对信息获得的便捷性、对群众态度、情感和行为具有一定的冲击力和导向性，对个别医疗负性事件如果作为普遍性事件的典型加以报道，无疑会增加医患之间沟通的距离，甚至患者对医生的基本信任感受到影响，这对医患双方都不利。负有社会责任的媒体应在促进社会民众的健康意识，帮助他们寻求科学有效的医疗服务方面起到积极的作用。

笔记

第三节 建立良好医患关系的基本原则

既然医患关系是医疗活动中重要的人际关系，建立良好的医患关系就格外重要，也是医学服务的基础和前提。建立良好的医患关系，需遵循以下基本原则。

一、医患关系应建立在医疗卫生法律法规基础上

医患关系必须符合现行医疗相关法律、法规的规定。如职业医师法、精神卫生法、传染病防治法等，这涉及个人和全社会的健康和安全性。不论医生在何种执业机构或从事何种专业的医疗服务，都不能脱离这一原则。违背这一原则，医生可能因非法执业，被患者投诉，甚至受到法律上的起诉。患者有时为了获得更多的医疗资源或减少疾病带来的心理和社会影响，希望医生为患者出示其需要的但并不客观的诊断证明，或使用特殊的治疗手段。有的年轻医生为了成为患者心目中的“好医生”，进行超出法律以外的执业活动，包括开假病情证明，或从事与自己专业不符合的执业活动，这属于违法行为。因此，医患关系应建立在符合职业相关法律法规的基础之上。

二、医患关系应该保持职业的关系

从社会职业的角度来看，医生和患者都是普通个体，医患关系是以医疗行为作为桥梁所建立起来的特殊关系，但与此同时，其他与医疗行为无关的关系也可能同时产生。例如，以医患关系开始，可以以棋友、牌友、合作伙伴，或者恋人、夫妻等关系作为结果，或者作为关系的新起点。但应当注意的是，如果非职业关系占主导地位以后，医患关系本身就受到影响，因为这可以出现角色行为的混淆，出现责任、权利、义务的混乱。这个问题的主导方是医方，解决好这个问题的关键，是让非职业关系出现在医疗行为完成以后，或将关系的其他内容留待医疗行为结束以后再发展。

三、处理好“移情”和“反移情”的问题

移情(transference)是患者无意识地将自己对亲人(父母、姊妹、兄弟、恋人等)的情感，如爱、憎、愤怒、依恋等指向医生或其他治疗者的情况，而反移情(countertransference)则是医生或其他治疗者将自己无意识的需要、欲望及亲密情感关系指向患者。Freud 认为，移情中患者对于治疗者的情感有其象征意义，因此在一定的范围内，通过患者的移情可以了解患者真正的情感指向对象，从而了解到患者心理障碍的心理根源。此外，医生需要敏感地知觉到，自己对患者的反移情及对医疗的影响，并能主动将医患关系调节在职业关系的构架中。如遇到难以摆脱的患者的移情，医生需要把患者转介给心理卫生专科医生接受心理治疗。如果，医生不能抵抗反移情的影响，医生需要知道发展职业以外的关系的后果并对此负责。如在移情和反移情的背景下，医患之间出现恋情，进而建立恋爱或婚姻关系，不仅对患者的治疗可能会有影响，还会影响到医生和患者将来的生活。在临床工作中，有时医生会体会到对有的患者特别关注，特别想接近，或特别想对其帮助；相反，对于有的患者，医生会无缘无故地感到特别厌烦，不想过多地理睬。当出现这些感觉的时候，应该首先自我反省，或请相关专业的同行帮助分析，当暂时不能分析清楚原因的时候，最好是采取回避的方式，即更换别的同行来直接诊治该患者，以避免由于治疗关系的错位而造成负面的影响。

四、良好的医患沟通

良好的医患关系需要与患者良好的沟通，医患沟通也是医生最重要的技巧，包括对患者的尊重、接纳，公平公正地对待每一位患者，不论他们是什么身份，来自什么地方，患有什么疾病，什么方式付费，一旦成为患者的医生，就应本着人道主义的精神和职业精神为患者提供服务。

笔记

第四节　医患沟通

医患沟通不仅是医疗行为中非常重要的技能，也是医生的责任和义务。全球医学教育最基本要求将交流与沟通能力作为全世界医生必须具备的基本技能之一。

一、医患沟通的定义

沟通（communication）是信息的传递和交流的过程，是个体与个体之间的信息交流以及情感、需要、态度等心理因素的传递与交流。医患沟通是医生在解决患者的疾病与健康问题上，与患者之间的专业性的信息交流方式。

二、医患沟通的形式

1. 面对面的言语沟通　在诊疗过程中，医生与患者为诊断与治疗进行的交流，通过语言、语音、表情、姿势等面对面与患者的沟通。

2. 书面沟通　医生就诊疗过程中，对患者重要的告知，获得患者及家属的授权（如手术前需要患者知情并授权的知情同意书），明确医患双方的责任等问题上，往往需要进行书面沟通。书面沟通也是体现对患者权益和人格的尊重。

3. 非言语沟通　如医患双方目光、表情、姿势、动作等都传递者重要的信息，包括态度、情感、评价、价值等内容。

三、医患沟通的层次

医生不仅要有精湛的医术，而且要学会怎么与患者沟通及交流。实际上，一个真正有成就的医生，他或她都很善于与患者交流。有效的沟通与交流包括三个层面：

1. 情感层面交流　面对患者和家属的有关疾病的痛苦诉说，作为医生一定要带着同感身受的态度去倾听。这是建立良好医患关系的前提。每一个患者就医都有自己的期望，需要表达的情感，态度。患病后的体验，情绪及个人生活中的感受。这些情感往往会带到医患沟通中来，医生能理解和感受患者的情绪对患者就是一种医疗关怀。诊疗过程中，患者对疾病治疗的体验也是医患情感交流的一部分。有病治好的喜悦和感激，也有疗效不好的焦虑、甚至绝望。

2. 文化层面交流　在处理患者病情时，医生应当意识到自己与所服务的患者在文化及社会背景方面的差异性，这能帮助医生获得更好的治疗效果。用符合患者文化背景和认知水平的语言和通俗的比喻，让复杂的医学术语浅显易懂，使患者对治疗更有信心。如疼痛症状，患者对疼痛症状的理解可能与医生的不一致，这种差异除了医学知识不对等外，还有文化的差异。相信中医的人有中医的解释，而疼痛科医生有自己的解释。患者如何解释自己的病就会寻求符合自己疾病理念的帮助。

3. 知识层面交流　患者总是希望从医生那里得到对自己健康有益的医学专业知识的指导，这就需要医生在知识层面与患者交流。医生在接受长程训练和教育中，学习了很多的专业技术知识，无论在专业知识方面还是在社会知识方面，与没受过医学教育的患者相比，一般说来都有很大的差距。一个成功的医生，能够克服这个差距带来的问题，通过生动通俗的语言和交流，将专业知识传递给患者，帮助患者理解自己的疾病及诊疗过程，配合治疗，最后得到康复，这也是全球医学教育最基本要求所要求的医生的基本能力之一——"教育病人的能力"。

医生能从以上三个层面与患者交流的话，就一定能给患者最大程度上的心理支持与满足。如果医生不懂得怎么与患者交流，让患者没有安全感、信任感，患者就可能会挑剔医生的专业技能，甚至引发医患纠纷。

四、医患沟通的功能

医患沟通之所以重要是因为医患沟通与医疗服务的各个环节紧密相关，也是高质量医疗服务的基本技能和条件。医患沟通的功能体现在以下几点：

笔记

1. 建立良好的医患关系 沟通技巧是建立良好医患关系的基础，通过沟通可以与不同的患者、不同病种的患者、不同文化背景的患者、不同身份和社会阶层的患者建立良好的医患关系，得到患者的信任，建立治疗联盟，这是治疗的基础。

2. 提高治疗依从性 依从性是患者认可、接受并执行医生为其制定的诊疗方案的行为。良好的沟通可促进患者的依从性，而良好的依从性是有效治疗的前提。例如，一个患者已经看了三十位医生了，每个医生开的药，都是服用几天就停了，结果病不但不见好转，反而严重了。如果药物没有坚持服用是治疗效果差的原因的话，对这样的患者，就要通过沟通，建立很好的医患关系，提升其依从性，才能保证治疗的进行。

3. 获得完整准确的病史资料 良好的沟通可以促进医患信任，患者对医生毫无保留地提供病史，这对正确的诊断十分重要。良好的沟通，能促进患者理解各项检查的必要性和意义，配合各种诊疗活动，完成必要的检查。

4. 制定正确的治疗方案 医生提供的治疗方案与患者期望的治疗方案不一定一致。患者出于焦虑、紧张，可能对治疗有恐惧感。例如，一位骨折患者在手术前告诉他的医生说，我想要全麻，这样不痛，医生就选择何种麻醉，就需要与患者更好地沟通，达成共识，顺利完成手术。

5. 告知预后 每一位患者都希望自己的病痊愈，然而，有的疾病因多种因素难以达到痊愈，甚至会留下残疾，不能恢复到病前的生活质量。通过良好的医患沟通，让患者理解，并对未来的健康和生活有全方位的准备，并接纳疾病的预后。

6. 诊疗费用的合理支付 患者对治疗费用总是十分关注，特别是有些疾病，如癌症、慢性重症疾病、复杂手术等，往往需要高昂的费用，而且即便花了这些费用也不一定能获得痊愈。这也需要与患者进行良好沟通，使患者在考虑自己支付能力的基础上，选择可以接受的治疗方案。

7. 化解医疗纠纷 有统计发现，在医患纠纷中，有百分之八十与医患沟通不良有关。可见，良好的医患沟通是促进信任、诚信、理解、尊重，缓解医患矛盾和化解医疗纠纷的重要环节。

8. 提供对患者人道主义的关怀 医疗服务的对象不是被修理的一台机器，而是有尊严有人格的人。患病常常使患者面临应激和痛苦，医患沟通除了围绕医学技术服务以外，还有重要的心理和人文关怀的服务。包括对患者的理解，鼓励，情感支持，提供希望和信心，这些心理和人文的支持与关怀，反过来又影响患者的就医行为，促进疾病的良好转归。即便在医学技术上毫无办法的时候，良好的沟通也会让患者感受关爱、维护着患者的尊严。有时，甚至可以帮助患者理解生命的意义，这对临终患者特别重要。

9. 健康指导 良好的沟通可以帮助患者了解自己为什么患此疾病，可能的病因是什么，如何来防止病情的发展或促进更好的康复。用患者能理解和接受的方式给予健康指导，可以大大提高患者的满意度。

五、医患沟通的基本方法

1. 选择正确的沟通形式 根据患者的情况及不同的目标，医生需要选择正确的沟通形式，包括言语沟通，书面沟通，非言语沟通。大多数时候，是医生与患者及其家属面对面的言语沟通，一些涉及重要的医学决策往往需要书面沟通，如手术知情同意，患者放弃某项治疗的授权书等。

2. 选择恰当的沟通场所 根据沟通的内容和目标，选择正确的沟通场所。包括床旁沟通，医生办公室，还有的需要到专门的接待室或心理治疗室。沟通场所与沟通内容相吻合，是有效沟通的重要环节，能大大提高沟通成功率。

3. 沟通技巧 常用的沟通技巧包括：

(1)尊重，接纳患者：对患者的尊重与接纳是沟通的开始，不论患者的年龄、性别、身份与职业，用符合患者文化背景的方式表达对患者的尊重与接纳。表现在对患者的称呼，躯体距离，姿势、恰当的目光接触等都体现对患者的尊重与接纳。

(2)聆听与共情能力：耐心而认真地聆听患者的陈述，对患者的陈述予以恰当的回应，表达理解，设身处地地体验到患者的病痛和疾苦并表达同感。

(3)明确的沟通目标，围绕沟通目标提问：每一次沟通都应有明确的沟通目标，围绕沟通的

笔记

目标获取信息，表达支持和关怀，达成诊疗上的共识。在患者病情基本清楚后，围绕疾病诊断或治疗需要的重要信息适当地提问，有利于患者的陈述更清晰全面，同时也提高沟通的效率。每一次沟通，以沟通目标达到或达成共识为止。有时沟通目标太大，也可能需要分阶段和几次沟通，才能达到总的目标。

（4）控制沟通中的信息：有效的沟通需要传递与沟通目标相关的信息，双方就此信息交换意见，表达态度、情感和解决方案。不要偏离了目标，提供与目标无关的信息。如关于选药的问题，就围绕相关信息进行，选择该药物的原因，价格、副作用、起效时间等。不要在一次沟通中目标太多而没有效能。

（5）把握沟通的语言、语调和语速：沟通中语言要简练、清晰，通俗、易于理解，不要充满医学术语让患者费解。对不同的对象，语言的速度、音量都应有所不同。对老人、虚弱的患者，要注意语速慢些，在患者注意力集中和保持目光接触的状态，以简练清晰的语言传递信息。语音的高低，以患者容易听清，情绪平静，态度明确、真诚为宜。

（6）尽可能符合患者的文化背景：不同的患者可能来自不同的文化背景，包括患者的种族、信仰、习俗、生活方式、语言等。应用生动通俗的语言，形象的比喻，清晰的逻辑关系，与患者进行沟通，更容易达到沟通的目的。

（7）确认彼此是否信任真诚：医生在交流中，能通过观察判断患者是否信任医生。只有在相互信任基础上的沟通，才能达到目的。

医患沟通是一种技能，也是一门艺术。只有医学科学的知识和专业技能而缺乏沟通技能，是不能成为好医生的。在医生的职业生涯中，不断学习和提高沟通的水平和沟通的效能，对每一位医生都是非常重要的。

（杨彦春）

笔记

第十二章　心理干预概述

心理干预是医学心理学重要手段之一，其目的就是根据一定的科学原理，采用特定的程序，帮助人们增进健康，消除或缓解各种心理障碍和心理烦恼。

第一节　心理干预概述

一、概　　念

心理干预(psychological intervention)是指在心理学理论指导下有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或行为问题施加影响，使之发生朝向预期目标变化的过程。一般认为心理干预的主要方法是心理治疗与心理咨询，但随着医学心理学的发展，心理干预的内涵和范围也在不断变化和扩展。我们至少可从两个角度上理解心理干预的内涵，一方面心理干预是各种心理学干预手段的总称，包括心理治疗、心理咨询、心理康复和心理危机干预等；另一方面，随着社会生活的发展和对心理服务需求的增长，心理干预的思想、策略和对象越来越社会化，逐渐深入到文化传播、公共卫生、保健、疾病控制等领域，甚至成为制订公共卫生政策的重要内容。因此，目前心理干预的形式已经从早期单纯的个体治疗的领域，进一步扩展到针对团体或特殊群体的多层次干预。具体包括：针对普通人群进行健康促进的教育；对心理障碍的高危人群进行预防性干预；运用心理治疗的手段对已经患有心理障碍的人进行临床干预。

二、心理干预的内容与方式

一般情况下，个体有了较明显的病感后才去医院求治。但从疾病发生发展的全过程看，很多严重的心理障碍如果在症状暴发前有机会得到治疗，可能效果要好得多。研究表明，对某些疾病的高危人群进行预防性的干预，能够显著降低发病率。我国中医理论早就提出“不治已病，治未病”的思想，如《黄帝内经》提到“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之。乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥……”。过去医学界以“预防为主”来概括“治未病”的思想，但实际上这种观点强调的是“治”，即通过预防性治疗达到“防”的目的。显然，这也可作为心理干预的指导原则，如遵循健康的生活方式，就可能预防高血压、冠心病等疾患。因此，随着社会的发展，人们健康意识的提高，医学心理学需要认真思考应该对哪些群体进行心理干预、何时进行干预以及采取何种措施干预。

从整体上看，要想有效地预防和解决心理疾患，至少应对各类人群实行三个层次的干预措施：健康促进、预防性干预和心理治疗(见图 12-1)。

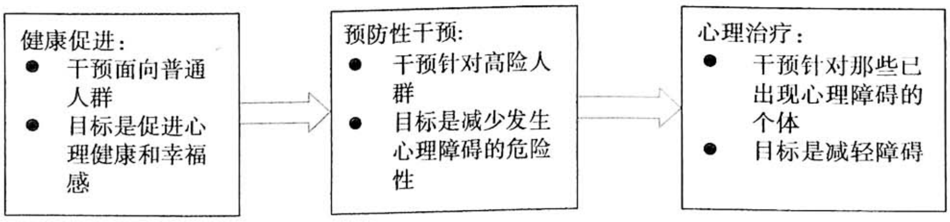


图 12-1　针对不同群体实行的不同的干预措施

笔记

（一）健康促进与预防

健康促进（health promotion）是指在普通人群中建立适应良好的行为、思想和生活方式，也称为一级干预。对于高危人群的干预被称为二级干预或预防性干预。在防止心理障碍的出现的各种措施中，预防性干预是最有效的手段。三级干预是对全部或部分已经产生心理问题的人进行心理治疗。

在健康促进层面上，可通过促进积极的行为模式和促进健康来预防心理问题的发生。因此，健康促进包含着一些重要的概念，如积极的心理健康、危险因素和保护因素以及与这些因素相应的预防性干预措施。

1. 积极的心理健康 积极的心理健康（positive mental health）对个体具有保护功能，主要包括两个方面：

（1）保护个体免遭应激损伤的能力。学习正确应对急、慢性应激的方法，可增进积极的心理健康。如应激管理就是一种主要的方法（详见第六章）。

（2）个体为增强自我控制感和促进个人发展而有意识地培养自己参与各种有意义活动的能力。包括培养积极的信念或认知方式，如对生活的控制感以及自我效能感。在应激时这些生活态度和认知模式会促使个体产生更积极的情感反应，从而有利于身体健康。

Seligman 等的研究表明，要预防抑郁症的出现和发展，一个行之有效的办法是在学龄期就应开始设置有关积极乐观思维方式的课程。为促进良好的发育和发展，增强社交能力，在儿童期和青春期可引导孩子学习一定的社交技能和解决日常生活问题的能力。如在一些发达国家，很多中小学校已经开展了促进社会能力的计划，最常用的干预计划是有关社交能力和生活技能的训练课程，其重点一般是青春期适应技能的发展。在有些学校这些训练甚至成为学校的必修课。我国一些大城市的中小学校在积极开展学生心理咨询的过程中也正在尝试实践类似的训练内容。

2. 危险因素和保护因素 危险因素（risk factor）是指导致某一类个体较一般人群易感某种障碍的人格因素或环境因素。危险因素存在于各种情况中，如在药物滥用的案例中，危险因素可能来自个体本身、家庭环境、教育经历、同伴或社会环境的影响。研究还发现，如个体所处环境中有多种危险因素，其心理障碍的发病率高于那些接触单一因素人群发病率的总合，说明各种危险因素之间存在协同作用。此外，某一特定的危险因素会增加多种心理障碍发生的可能性，如父母经常吵架不仅可以导致子女抑郁障碍的发生率增高，而且也可导致其他行为问题增多。

保护因素（protective factor）与危险因素相反，它是指能使个体发生某种心理障碍的可能性低于一般人群的人格因素、行为方式或环境因素。保护性因素的存在使个人对损害心理健康的抵抗力增加，从而降低个体发生心理障碍的发生率。研究表明，多种个体和环境因素具有保护作用，使心理障碍发生的危险性减少，如维持良好的社会支持资源，就有可能减少心理问题发生的风险。养成健康的生活方式是增强保护因素的重要方式。

近十几年来健康心理学（health psychology）的快速发展，使得有关心理与行为健康的知识得到普及，在我国有关锻炼、减肥、健康饮食、独生子女的养育问题等知识在互联网、报纸、电视等媒体上广泛传播，各种心理咨询、心理保健的讲习班、培训班如雨后春笋般蓬勃开展，养成健康生活方式的观念越来越得到重视和普及。从健康促进的具体措施上看，医学心理专业人员的任务是如何帮助人们养成健康的生活方式。如普及有关营养学的知识，使人们养成健康的饮食习惯。采用系统的行为矫正原理和方法对不良饮食习惯进行干预。制定促进儿童青少年心血管系统健康的干预措施，包括改善学校的学生饮食，加强学校体育锻炼的效果，开展对学生的禁烟活动等。结果表明，这些活动能明显的促进学生健康的生活方式的形成。

（二）预防性干预的方式

预防性干预（preventive intervention）是指有针对性的采取降低危险因素和增强保护因素的

笔记

措施，预防性干预可以起到拮抗危险因素的作用，并促进保护性因素的形成，从而阻断心理障碍形成和爆发的过程。预防性干预有三种方式：普遍性干预、选择性干预和指导性干预。

1. 普遍性干预(universal preventive interventions) 主要是面向广大普通人群，针对某些导致整个人群发病率增加的危险因素，进行心理教育或宣传性干预。如青少年后期抑郁症发病率相对增高，预防性干预就可以面对整个青少年人群，普及认知和行为技能教育，以减少抑郁发作的危险。

2. 选择性预防干预(selective preventive interventions) 是针对那些虽然还没有出现心理问题或障碍，但其发病的危险性比一般人群要高的人，如离婚家庭其子女患抑郁症、PTSD 的危险性明显增高，因此应该针对这类家庭的成员实施预防性干预。

3. 指导性预防干预(indicated preventive intervention) 干预的对象是那些有轻微心理障碍先兆和体征的人群。研究表明，有轻度抑郁情绪的人在某些因素的作用下转化为重性抑郁的几率很高，因此，如能预先筛查出已经存在抑郁情绪者，并对其进行干预，能防止重性抑郁的发生。

研究表明，在处理各种心理问题和躯体健康问题方面，各种干预方式都具有同等的重要性，很多心理问题实际上需要多种层面的综合性干预。Ornish 等(1998)研究了综合性干预措施在减少心脏病危险因素上的作用。干预内容包括低脂饮食、有氧训练、应激管理训练、戒烟、集体心理治疗等。结果表明，与对照组相比，干预组负性情绪和冠心病的症状有了明显改善，说明心理综合干预计划在身心两方面都产生了积极的效应。处理酒精滥用问题也需要在各个层面上进行干预。酒精依赖者不仅损害自身健康，而且往往导致家庭生活混乱、工作能力丧失以及子女出现行为和情感障碍的几率也远远大于普通人群。如果单纯治疗酒精依赖患者，并不能预防新病例的发生，反过来，如果单纯实行预防酒精依赖的措施虽然也能降低其发病率，但对正在遭受疾病折磨的患者本人及其家庭却没什么真正的帮助。因此，对酒精依赖进行多种形式的干预是十分必要的。

在发达国家，许多健康促进和预防性干预属于社区心理学工作的一部分。社区心理学(community psychology)作为心理学的一个分支，出现在上个世纪的60、70年代。社区心理学的出现与以下几个因素有关：①对精神病人的治疗从封闭的医院治疗转为在社区开办的心理健康中心继续进行康复治疗；②人们对心理健康问题的认识逐渐提高，不再认为心理问题仅是个人的问题而是将其与整个社会环境和社会问题联系起来；③逐渐认识到预防才是解决心理健康问题的有效办法。社区心理学家开创了许多预防性的干预技术，推动了医学心理学的发展。现在的问题是，我国健康保障体系的重点仍然是治疗疾病，而不是促进健康、预防疾病，这个问题在心理卫生领域尤其突出。

三、心理咨询与心理治疗的关系

心理咨询也是心理干预的重要组成部分，是实行健康促进、心理教育和心理指导的常用手段。从学科角度看心理咨询是咨询心理学(counseling psychology)的重要研究内容。所谓咨询(counseling)，意为商谈、征询。心理咨询(psychological counseling)是指受过专业训练的咨询者依据心理学理论和技术，通过与来访者建立良好的咨询关系，帮助其认识自己，克服心理困扰，充分发挥个人的潜能，促进其成长的过程。

从这个定义看，心理咨询与心理治疗似乎没有本质的区别。但两者之间还是有一定的差异，如心理咨询的对象主要是有现实问题或心理困扰的正常人，着重处理的一般的情绪不快、人际关系问题、职业选择和教育求学的问题、恋爱婚姻问题、子女教育方面的问题等。心理治疗主要针对有心理障碍的病人如神经症、性变态、人格障碍、心身疾病及康复中的精神病人等。心理咨询主要遵循发展与教育的模式，侧重于对来访者的支持、启发、教育、指导，而心理治疗则遵循生物-心理-社会医疗模式，侧重于分析与矫正，消除症状，重建人格。

笔记

医学心理咨询(medical psychological counseling)是我国老一辈医学心理学家提出的,是心理咨询在医学领域中的应用。医学心理咨询与普通的心理咨询不同,有自身的重点和任务,其主要对象是患者或寻求医学帮助的人,着重处理的是医学领域中的心理问题。因此,医学心理咨询是医学实践中的重要组成部分,它贯彻并体现了生物心理社会医学模式在临床实践中的应用。参加医学心理咨询的人员应既具备专业化医学知识和技能,又有一定的心理学、社会学的知识,这样才能承担起医学心理咨询的任务。

随着疾病谱的变化和生物心理社会医学模式的发展,心理咨询与心理治疗将变得日益重要,会被更广泛地应用到医疗领域的各个方面。在这里我们应该谨记一百多年前弗洛伊德说过的一番意味深长的话,大意是"现代的医生不能仅从解剖、物理和化学的观点来理解病人和疾病,不能漏掉心灵深层的东西,只有从深层心理的角度进行研究和理解才能达到对人和疾病认识的高峰……"。实事求是地看,正是由于弗洛伊德精神分析疗法以及其他心理疗法的出现,才使得在医学发展过程中,医生能够在药物治疗之外多一种选择,患者也第一次有机会在治疗时面对着自己的心灵。

第二节　心理治疗

一、概述与简史

(一)概念

心理治疗是心理干预的主要手段之一,其应用的对象主要是那些已经发生了心理障碍的患者。心理治疗与临床上内科或精神科的药物治疗一样都是常用的治疗手段,所不同的是内科或精神科依靠药物干预人体的病理生理过程取得疗效,而心理治疗的工具主要是语言。西方心理治疗界为了将心理治疗与其他临床疗法区别,常把各种心理治疗统称为"talking cure"(谈话疗法)。什么是心理治疗,其基本要素是什么?我们可以从各种定义中分析。首先在词源上,心理治疗(psychotherapy)一词来源于希腊语,psyche意为"灵魂、心灵或生命",therapy源于"therapeutikos"有为人服务及医治他的意思。因此,心理治疗含有医治他人心灵或灵魂的意思。美国精神科医师沃尔培格(Wolberg L R)认为从临床角度看,心理治疗是一种"治疗"工作,即由治疗者运用心理学的方法,来治疗与患者心理有关的问题。我国学者钱铭怡把心理治疗定义为:"心理治疗是在良好的治疗关系的基础上,由经过专业训练的治疗者运用心理治疗的有关理论和技术,对来访者进行帮助的过程,以消除或缓解来访者的问题或障碍,促进其人格向健康、协调的方向发展。"

综合以上观点,我们认为心理治疗是由受过专业训练的治疗者,在一定的程序中通过与患者的不断交流,在构成密切的治疗关系的基础上,运用心理治疗的有关理论和技术,使其产生心理、行为甚至生理的变化,促进人格的发展和成熟,消除或缓解其心身症状的心理干预过程。

这个定义强调了心理治疗应包含的一些基本的要素:

1. 治疗者必须是经过正规培训,掌握了一定的专业理论和技能,具有合法身份的专业人员　如果治疗者不具备一定的能力和条件,则不能承担心理治疗的工作,否则会对患者造成伤害。为促进心理咨询与心理治疗的发展,2001年以来,我国劳动与社会保障部建立了"心理咨询师资格认证"制度;2002年以来,国家卫生行政部门开始推动心理治疗向职业化发展,目前有医学和心理学教育背景的人可以参加卫生部的心理治疗师考试;2006年中国心理学会临床心理咨询与心理治疗专业委员会成立了心理师与心理督导师认证、登记的注册系统。但从总体看,我国的心理咨询与治疗专业化水平还较低,从业人员还较少,专业水平参差不齐。

笔记

2. 心理治疗要按一定的程序中进行　心理治疗的程序包括治疗者对心理治疗实际操作过

程的具体安排，如有专门的工作场所、预约制度、签订治疗协议、会谈的时间、治疗次数和付费方式等。这些安排的重要性犹如外科做手术的程序，稳定地贯穿于整个治疗过程，是医患双方都要遵守的。治疗程序也是一个观察和理解的框架，治疗者可以根据患者对治疗程序要求的遵守状况评估患者的各种心理行为变化，如未准时赴约是否表明产生了阻抗等。另外，对患者来说稳定的规范的程序也是一种依托和平台，在这个框架内患者可以安全地表露其内心世界。

3. 心理治疗是建立在密切的治疗关系基础上的职业行为 所谓治疗关系是指在治疗者与患者之间为达到治疗目的而建立的一种密切的、有感情交流的职业性帮助关系。这种医患关系比临床其他领域中谈到的医患关系更具有特殊性和重要性。与药物治疗不同，心理治疗是一个人帮助人、人影响人的活动，是治疗师与来访者之间产生的心灵的碰撞，而技术的应用甚至都是次要的。一种稳定、深刻、亲密和信赖的治疗关系是治疗有效的重要因素。人本主义心理学家罗杰斯把治疗关系看作是来访者改变和成长的原动力，合格的治疗师都有一系列共同咨询特质（attributes of counseling），即治疗者在治疗过程中对疗效有直接影响的因素，是他表现出来的人际反应特点或态度，如治疗者的温暖、真诚、尊重、积极关注和共情等特点。

4. 心理治疗要运用科学的心理学理论和技术 心理治疗是一项技术性很强的疗法，治疗者不能仅仅依赖人生经验、常识和帮助人的愿望进行一般的说教，而要以科学的心理学理论为指导进行规范化治疗，这包括有一套基本原理或概念构想，它能够解释症状形成的原因、心理变化的机制以及有相应的治疗技术。同时，心理治疗也是一门科学的艺术。在实际操作中，有经验的治疗者自然地使其人格特征、人生经验和理论技术融为一体，治疗者的理论素养在其心理活动的背景上起着潜在的指导作用，而技术性干预贯穿于双方交流互动的各个过程中。

5. 心理治疗的目的是通过引导患者对内心世界的探索、认识，适当的情绪宣泄和认知矫正，激起和维持其学习新经验和改变的愿望，增强自我效能感并促进其持续的自我成长，从而转变痛苦的、适应不良的心理、行为甚至躯体症状，恢复健全的心理、生理和社会功能。如精神分析疗法通过消除潜意识的冲突和创伤达到治疗目的，行为治疗中通过脱敏、暴露和塑造的方法矫正适应不良的行为，认知疗法则通过转变患者的思维方式进而消除不良的情绪。

心理治疗的方法有多种，但传统上主要的心理治疗流派，是指经典精神分析疗法与心理动力学心理治疗、行为疗法、认知疗法以人为中心疗法及家庭治疗等。

（二）现代心理治疗的新发展

目前，心理治疗呈现出折中、整合与多元化的发展趋势。由于心理动力学派中科胡特之后的自我心理学（self psychology）的发展以及关系取向的精神分析的发展，出现了主体间心理治疗（intersubjectivity psychotherapy），这一发展与人本主义的心理治疗出现了趋同现象。心理治疗已经从经典精神分析的病因分析取向的治疗，向以治疗关系为依托的治疗者与来访者两个主体间相互影响的方向发展。行为与认知治疗方面，得益于佛教、道教等东方文化对西方心理治疗领域的渗透，发展出了正念减压疗法（mindfulness-based stress reduction，MBSR）以及接纳与承诺疗法（acceptance and commitment therapy，ACT）等。受西方医疗体制改革和经济紧缩的影响，对心理治疗付费的限制增多，使得短程治疗、焦点治疗（solution focused）愈加受到推崇和鼓励。受西方医疗领域大力倡导循证医学的影响，心理治疗出现简单化、治疗手册化倾向。

在心理治疗如何产生疗效及治疗的思路方面，现代心理治疗也在不断深化。如治疗者应当意识到，来访者来寻求心理治疗时，他并不是来听课接受教导的，也没准备好接受一套新的信仰体系，而是带着自己的各种观念、燃烧的痛苦来寻求痛苦解除的。如果治疗者受自身经验、治疗设想和理论框架的限制过多，与来访者的要求差距过大，就难以满足来访者是需求。治疗者只有顺应来访者的需要，理解每个人特有的困难和烦恼，才能建立有效的治疗关系。心理治疗到底如何产生效果？首先，要理解来访者是一个具备主体性的特定个体，来访者的心理问题或症状，可被理解为一种主体性力图实现其目标但出现了偏差的尝试，来访者的所有经验包括症状

笔记

在某种逻辑下也是"合理"的、有功能的，甚至是自己主动选择的，从而感觉自己是情绪或症状的主人。这样一来，就能调动来访者的感觉，让其进入和接纳他的不适感，从而解构其不适的症状。在治疗过程中，治疗者的主体性和来访者的主体性相遇，产生了一种主体间场，正是这个场的发展变化，决定了来访者的转化、停滞、成长或"治愈"。在互为主体的共情关系中受到塑造和影响，才能使来访者变的像自己希望的人。在这个境界中所形成的特殊的、亲密的关系的流变决定了治疗的成效。

（三）心理治疗简史

心理治疗这一形式自古以来就存在。早在氏族社会，部落中如有人生病，往往被认为是大自然中的"神灵"降灾所致，为此采取祭祀、还愿或赎罪的方式以求免除灾祸。这其实就包含有心理治疗的成分。我国中医的理论和实践包含了丰富的心理治疗思想。两千多年前，黄帝《内经》就已认识到心理治疗的重要性。所谓"形与神俱，乃成为人；形与神离，则人死亡"，"精神不进，志意不治，病乃不愈"。我国古代的很多医术中，都少不了要谈到气功吐纳，其实当今的心理治疗界很多技术也都有气功吐纳的影子，比如说静坐、呼吸疗法基本上可以说是粗浅的气功入门功夫。近代西方心理治疗的兴起与19世纪流行的"麦斯默通磁术"（Mesmerism）有一定的渊源。直到1792年在法国精神病学家Pinel的倡导下，去掉疯人院中精神病人的铁链与枷锁，用人道主义的方法对待精神病人，心理治疗才得到发展。

现代科学的心理治疗主要是19世纪末由奥地利的弗洛伊德创立了精神分析疗法开始的。随着上世纪五、六十年代行为治疗、人本主义心理治疗的产生，其他学科的知识和技术的渗入，心理治疗的理论与技术流派众多、形式多样。目前影响较大的有精神分析学派、行为与认知治疗学派、人本主义学派、家庭治疗等。随着时代的发展各个学派开始不断分化和融合，衍生出多种治疗理论和技术。1973年NIMH的一份报告就已经列出各种心理治疗方法有130种。1986年卡拉瑟（T. B. Karasu）则报告有400多种心理治疗学派。通过实践经验的积累和对心理治疗疗效的科学研究，目前人们逐渐认识到没有任何一种单一的理论和方法能解决所有心理问题，应根据不同情况选择不同的方法，或同时采用几种不同学派的方法。因此，心理治疗理论与方法的兼容和整合已经成为一个总的趋势。

西医学传入我国后，从上世纪早期开始就有少数精神科医生和心理学工作者在精神病院中曾对某些神经症和心理变态的病人进行心理治疗。上世纪50年代起，我国心理学工作者曾对神经衰弱进行集体和个别的心理治疗，取得了一定疗效，从而形成了具有我国特色的"悟践心理疗法"；改革开放初期，在初步学习和应用精神分析理论的基础上，我国学者创立了"认知领悟疗法"。从上世纪90年代至今，是我国大规模学习西方国家特别是德国的心理治疗的时期，许多德国和美国的心理治疗师被邀请来到中国开展培训，极大地促进了我国心理治疗的发展。

二、心理治疗的范围

心理治疗主要是从临床实践中发展起来的，长期以来经过临床实践、实证性研究，人们对心理治疗的适用范围已有较为一致的认同。

（一）综合医院临床各科的心理问题

1. 急性疾病的病人　此类病人的特点是起病较急，且一般病情较重，往往存在严重的焦虑、抑郁等心理反应，有时在给予临床医疗紧急处置的同时，需要同时进行一定的心理治疗，例如给予支持疗法、松弛疗法等，以帮助病人认识疾病的性质，降低心理应激反应水平，增强治疗疾病的信心。但有针对性的心理治疗一般应在疾病得到控制以后进行。

2. 慢性疾病病人　这类病人病程一般较长，由于无法全面康复以及长期病人角色的作用，往往存在较多的心理问题，并因此而导致疾病症状的复杂化，进一步影响了机体的康复过程。心理支持治疗和行为治疗等手段往往对他们有很大的帮助，例如慢性疼痛病人的行为矫正治

笔记

疗、康复疗养病人的集体支持治疗等。

3. 心身疾病病人 由于病人的发病过程中有明显的心理社会因素参与，心理治疗是必不可少的。它包括两个方面：首先，针对致病的心理因素，通过帮助病人消除或缓解心理应激反应，以减轻疾病症状，改变疾病发展过程，并促进其康复。例如矫正冠心病病人的A型行为，紧张性头痛病人的认知治疗等。其次，直接针对疾病的病理过程而采取的心理矫正措施，例如对高血压病病人进行的松弛训练，对瘫痪病人进行的生物反馈治疗等。

（二）精神心理科及相关的患者

是心理治疗在临床医学中应用较早，也是较广泛的领域，包括各类神经症性障碍如焦虑症、抑郁症、强迫症、恐怖症、躯体形式障碍、人格障碍与性心理障碍等以及恢复期精神分裂症等。

（三）各类行为问题

各种不良行为的矫正，包括进食障碍、肥胖、烟瘾、酒瘾、口吃、遗尿、儿童行为障碍等，可选择使用认知行为矫正疗法、正强化法等各种行为疗法。

（四）社会适应不良

正常人在生活中有时也会遇到难以应对的心理社会压力，从而导致适应困难，出现自卑、自责、自伤、攻击、退缩、失眠等心理行为和躯体症状。此时可使用某些心理疗法，例如支持疗法、社交技巧训练、松弛训练、认知疗法及危机干预等给予帮助。

三、心理治疗基本过程和原则

（一）基本过程

实际的心理治疗过程会因不同的患者而千变万化，但不管什么样的心理治疗都会按照一定的程序进行。虽然基于不同的心理治疗理论的目标、方法等有所不同，但实际操作的基本过程大致相同，包括初期、中期和后期阶段。每个阶段各有不同的任务。中期主要是帮助患者改变不良认知、情绪和行为，建立新的适应性认知、情绪和行为模式；后期主要是处理结束治疗所产生的问题及帮助迁移和巩固治疗所获得的成果。

1. 初期阶段 初期的主要任务是建立治疗关系、收集信息、评估和确认问题及制定治疗方案。实施治疗的一个先决条件是激发患者的动机与治疗者建立相互信任的治疗关系。帮助患者认识到自己是治疗过程的积极参与者，有责任提供信息并完成治疗期间的作业与练习，以及共同来思考合适的治疗目标。在初期的会谈中，治疗者通过面谈、观察、问卷、心理测验、生理心理评估、医学检查收集临床资料用于了解患者的主要心理问题，并进行诊断、制订治疗方案并签署治疗协议。

2. 中期阶段 中期阶段通常在心理治疗中占的时间最长。治疗者的主要任务是依据治疗方案，采取适宜的治疗措施帮助患者解决心理问题，达到预期的治疗目标。所谓适宜的治疗措施，是指针对目标行为的、患者需要的并能接受的，治疗者能熟练使用的措施。

实施治疗的过程并非一帆风顺，治疗者会碰到某些阻抗或干扰，由此成为患者不愿意参与或中断治疗的原因。阻抗是指患者在治疗中表现出勉强和矛盾的态度。它由许多原因引起，如担心自己的患者身份或想改变自己潜在的忧虑（治疗阻抗），难以改变的、根深蒂固的人格类型（性格阻抗）；对讨论的主题感到不快（内容阻抗）；不愿表达对治疗者的情感（移情阻抗）等。治疗者需要找到继续进行治疗的方法或者突破这些阻抗，还可以利用阻抗，因为阻抗提供了有关患者的人格类型、潜在态度、焦虑源等方面的信息。

3. 结束阶段 治疗的最后阶段是处理结束治疗所产生的问题并帮助患者迁移和巩固治疗的效果。虽然，我们强调患者做自己的治疗师，但随着治疗即将结束，患者可能还会怀疑自己能否独立前行。而且患者还会因治疗结束要与治疗者分离而感到难过、害怕，治疗者也可能出现分离性焦虑。治疗者应谨慎从事，既不要超越治疗的界限，也不要把结束作为联系的终结。延

笔记

长治疗的间隔时间，偶尔通信联络、定期回访等会减轻对结束的恐惧，也为后续的评估提供了机会。

（二）心理治疗的基本原则

心理治疗是一项专业性很强的技术，其有效发挥受到很多因素的影响和制约。因此，实施心理治疗必须严格遵循心理治疗的基本原则，否则将很难收到预期的效果。虽然治疗者对心理治疗的实践和认识各自有所不同，但治疗的基本原则却大同小异。

1. 信赖性原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者要以真诚一致、无条件的积极关注和共情与患者建立彼此接纳、相互信任的工作联盟，以确保心理治疗顺利进行。真诚一致对治疗者而言就意味着成为他自己，做一个可信的人。治疗者的真诚会使患者变得诚实和自然，他会像治疗者那样以一种开放的、信任和毫无保留的方式呈现自己的想法和感受。

信赖原则的实施要求治疗者要让患者了解心理治疗的程序、方法、要求、费用、阶段性或长期可能产生的正面影响与负面影响，充分尊重患者的选择。对超出治疗者能力和范围的患者，治疗者应将其转介。在转介时，治疗者应该向患者诚恳地说明理由，如实介绍所转介的治疗者的情况并提供相关的资料。在实施信赖原则时，要尽可能避免双重关系的发生。所谓双重关系（dual relationships）指治疗师与患者之间发生的超越职业界限的非治疗关系，比如性关系、商务关系、金融关系或社会交往等。双重关系会破坏治疗同盟，削弱治疗者的职业客观性、治疗能力或治疗效果。

2. 整体性原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者要有整体观念。患者的任何一种心理和行为问题都不是孤立，总是和他整个身心活动联系在一起。因此，治疗者要对患者的心理问题作全面的考察和系统的分析。在实施心理治疗的过程中，针对患者心理的各个方面，综合运用各种治疗技术和方法，满足不同层面的心理需求，必要时还可以与临床医生配合，适当使用药物，这都是整体原则的体现。

3. 发展性原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者要以发展的眼光看待患者的问题，不仅在问题的分析和本质的把握上，而且在问题的解决和效果的预测上都要具有发展的观念。在心理治疗过程中，患者的需要、动机、态度、情绪、情感、思维方式、对问题起因的看法、对事件后果的预测以及行为表现总是随着治疗的进程不断发生变化。如果治疗者能用发展的眼光捕捉到患者细微的变化，因势利导或防患于未然，就会使治疗进程向着好的方向顺利发展。

4. 个性化原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者既要注意患者与同类问题的人的共同表现和一般规律，又不能忽视每个患者自身的具体情况，不能千篇一律地处理问题。也就是说，每个心理治疗方案都应具有它的特殊性，不能雷同。例如，两位同是抑郁症患者，都有绝望的症状，但甲的绝望是因为欺骗妻子20年的负罪感所致，而乙的绝望是因为奋斗多年还不是明星，甲将一切过错归咎于自己，而乙完全归罪于他人。显然二者的治疗不会完全相同。

5. 中立性原则 这一原则要求治疗者在心理治疗过程中保持中立的态度和立场。治疗者有自己的人生经历和人生价值取向。如果在治疗过程中，治疗者以自己的价值取向作为考虑问题的参照点或以某种固定的价值取向作为判断是非的参照点，就容易妨碍对事件判断的客观性，把个人情绪带入治疗之中，丧失应有的中立态度。治疗者对治疗中涉及的各类事件均应保持客观、中立的立场，不把个人的观点强加于患者。只有这样，治疗者才能对患者的情况进行客观分析，对其问题有正确的了解并有可能提出适宜的处理办法。

6. 保密性原则 这一原则要求治疗者尊重患者的权利和隐私。由于心理治疗的特殊性和患者对治疗者的高度信任，他们常常把自己从不被人知道的隐私暴露出来，这些隐私可能涉及到个人在社会中的名誉和前途，或牵扯到与其他人的矛盾和冲突，若得不到保护和尊重，会造成

笔记

恶劣影响。

四、心理治疗的基本技术

心理治疗技术是指为了实现心理治疗目标而使用的具体方法和程序。以下我们将介绍几种基本的治疗技术。

（一）倾听技术

倾听（attending）是心理治疗的第一步，它不仅是了解情况的必要途径，也是建立良好的治疗关系和给予患者提供帮助的手段。倾听并非仅仅是用耳朵听，更重要的是要用心去听，去设身处地地感受患者的体验。倾听不但要听懂患者通过言语、行为所表达出来的东西，还要听出患者在交谈中所省略的和没有表达出来的，甚至患者本人都没有意识到的心理倾向。倾听不单是听，还要注意思考，要及时而迅速地判断患者的谈话是否符合常理，是否符合逻辑。

（二）提问技术

提问是一件比较复杂的事，问题提得是否妥当，关系甚大。通常提问方式有两种，一种是封闭式提问，另一种是开放式提问。封闭性提问（closed question），是事先对患者的情况有一种固定的假设，而期望得到印证这种假设正确与否的回答。开放式提问（open question）通常不能简单作答，而是需要作出解释、说明或补充材料。开放式提问应以良好治疗关系为基础，不然也可能使患者产生一种被询问、被窥探、被剖析的感觉从而产生抵抗。另外，提问要注意问句的方式、语气语调、要循序进行。

（三）鼓励技术

鼓励（encouragement）的作用是表达治疗者对患者的接纳，对所叙述的事情感兴趣，希望按此内容继续谈下去。所用的技巧就是直接地重复患者的话或说出一些肯定、赞许的话如‘嗯”、“好，讲下去”、“还有吗”等和点头微笑强化患者叙述的内容。

治疗者对患者所述内容的某一点、某一方面作选择性关注可引导患者朝着某一方向作进一步深入的探索，这是鼓励的另一个功能。

（四）内容反应技术

内容反应，也称释义（paraphrase）或说明，是指治疗者把患者的主要言谈、思想加以综合整理后，再反馈给患者。治疗者选择患者所表达的实质性内容，用自己的语言将其表达出来，最好是引用患者言谈中最有代表性、最敏感的、最重要的词语。内容反应使患者有机会再次来剖析自己的困扰，重新组合那些零散的事件和关系，深化谈话的内容。

（五）情感反应技术

情感反应（reflection of feeling）是治疗者用词语表达患者所谈到、所体验到的感受。它与内容反应很接近，不同的是内容反应着重于患者言谈内容的反馈，而情感反应则着重于患者的情绪反馈。它的作用是澄清事件背后隐藏的情绪，推动对感受及相关内容的讨论。要想捕捉到患者的情感并作出准确的反应，关键在于治疗者要真正进入患者的内心世界，与他的情感产生共鸣。

（六）面质技术

面质（confrontation）是对患者身上存在的矛盾当面提出质疑。常见的矛盾有患者的言行不一、理想与现实不一致、前后言语不一致以及治疗者和患者意见不一致等。面质的目的在于：①协助患者对自己的感受、信念、行为及所处情境进行深入了解；②激励患者消除有意或无意的防御、掩饰心理，面对自己、面对现实并进行富有建设性的活动；③促进患者实现言语与行为、理想自我与现实自我的统一；④使患者明了自己潜在的能力、优势并善加利用。虽然面质是一种必要的治疗技术，但因其具有一定的威胁性，因此使用时务必谨慎、

笔记

适当。

（七）解释技术

解释（interpretation）即依据某一理论、某些方面的科学知识或个人经验对患者的问题、困扰、疑虑作出说明，从而使患者从一个新的、更全面的角度来审视自己和自己的问题并借助新的观念和思想加深对自身的行为、思想和情感的了解，产生领悟，促进改变。

（八）非言语性技巧

心理治疗除了言语表达以外，还有非言语交流。非言语交流的途径包括：身体姿态、肢体运动、目光接触、面部表情、皮肤接触、言语表情等。治疗者运用该技巧主要是以此影响患者并通过对患者的非言语行为的观察和分析获得有用的信息。

（傅文青）

笔记

第十三章　心理干预各论

本章系统地介绍了精神分析、行为疗法、认知疗法、以人为中心疗法、森田疗法、暗示和催眠疗法、家庭治疗、团体治疗危险干预及临床心理会诊服务的主要技术。同时，为了使医学生更好地掌握在医学中常用的心理干预技术，在介绍这些技术时，也同时提供了一些简要案例。

第一节　精神分析与心理动力学治疗

弗洛伊德创立的精神分析疗法是现代心理治疗的开端。弗洛伊德将科学方法与哲学思辨结合起来，对临床观察的资料进行整理和解释，形成了精神分析理论和经典精神分析疗法。精神分析疗法（psychoanalytic therapy）是指在精神分析理论的指导下，治疗者运用自由联想、释梦、移情与反移情分析、阐释等技术，发现病人压抑在潜意识中的冲突，使病人领悟到心理问题的潜意识症结，让焦虑的情绪得到宣泄，从而使其能以现实的方式处理和适应各种情况。一百多年来，精神分析在深度和广度上不断发展，现在我们将弗洛伊德与其后的现代精神分析取向的各种疗法，统称为心理动力学治疗（psychodynamic therapy）。

一、经典精神分析疗法

（一）精神分析治疗的设置

任何治疗都要有一个清楚的框架设置（setting），心理治疗犹如外科手术也要在一定的环境、方式下进行。如果没有很清楚的框架，医患双方就会很随意，患者产生了移情但他并不知道自己到底发生了什么，这样就分不清发生的是移情还是常情。

让病人躺在沙发上的治疗情景一直保留了下来，成为经典的分析情景。现在广义的心理动力学治疗多采用面对面谈话的方式。这种设置的特点是治疗者与病人隔着一张桌子坐下，两人的视角交叉呈90度或120度。这样有利于病人探索自己的内心，也利于治疗者面对着自己的内心和躯体的感受，同时利于观察患者的状况。房间环境要安静，保持适宜的室温，不受电话和访客的打扰，室外要设置“请勿打扰”的标志。治疗时程一般为50分钟，每周来诊2～3次。对就诊时间、治疗费等应通过签署治疗协议的方式确定下来。

（二）评估

治疗者与病人最初见面的几次会谈并不是立刻开始治疗，而是要先对病人是否适合做精神分析作必要的评估。例如病人是否有引起精神障碍的器质性因素、是否需要用药、存在的危险（自杀、杀人、离婚、工作中断），以及病情恶化的可能等。要通过询问和倾听探索疾病的原因及寻求帮助的原因；详细了解病人的生活史，这样可以初步了解病人整个心理发展过程中所体验到的冲突。

精神分析对神经症性的障碍疗效较好。在病人的选择上，那些有心理学头脑、能够体察自己的感情、能够通过领悟使症状得到缓解的病人比较适合做精神分析。

（三）开始治疗

1. 先向病人介绍精神分析治疗的基本程序和目的　通过最初的几次会谈，治疗者已经大致完成了病人在精神分析情境中接受治疗可能性的评估。如果病人适合做精神分析，治疗者与病人对治疗的安排也达成一致，就意味着开始治疗。

2. 节制和自由联想　病人对治疗过程有一个大概了解后，治疗者就应少讲话，更多地倾听

笔记

病人关于内心世界的描述，这种技术称为“节制”。可以告诉病人“我正在听你说，我想更好地了解你是如何看待这个世界，而不想过多的打扰你”。治疗者要鼓励病人尽量无拘无束地讲，不要理会所说的是否正确或是否合乎逻辑。治疗者坚持让病人说出心中所想的事情，不要琢磨，不必想得很清楚，不必安排秩序，甚至可以说出那些他认为不真实的，可能伤害治疗者或者他们所爱的人的内容。这种方式称为“自由联想”（free association）。治疗者在倾听病人的自由联想时，要仔细分析，以发现病人没意识到的蛛丝马迹，以及阻碍思想自由表达的障碍物。

3. 阻抗及其解释　阻抗和防御是病人内部对自由联想等治疗过程的抗拒力。阻抗（resistance）是指病人抵制痛苦的治疗过程的各种力量。治疗者可以通过观察病人在自由联想中的停顿、语结等来发现阻抗之所在。阻抗还表现为回忆过去经历时过度概括化、理智化，如对小学、中学、大学的经历背流水帐式的总结一番，然后说“就这些，没什么了”；也表现为会谈中感情缺乏、气氛呆板、沉默不语、不愿谈及和情感有关联的事情。在分析过程中，病人出现阻抗的原因是什么？可能是安于现状，惧怕任何的变化，害怕引起良心上的过分自责（谈到对亲人的不满时等），不肯放弃那些形成情感疾病的幼稚冲动等。

处理阻抗的原则：弗洛伊德提出“先于内容解释阻抗”或“表面解释”的原则。治疗者先向病人指出他们正在阻抗，必须让病人认识和体验阻抗。如果病人认为他们在治疗中的反应合理的话，他们就不可能与治疗者一同去解释阻抗。治疗的关键是，在适当的时机治疗者要探索病人为什么要采取阻抗，以及病人想防御的是什么。解释阻抗成功可以成为理解过去冲突的契机。过去未满足的愿望与情感痛苦的本身一般不会成为不可解决的冲突，对其的过度防御才构成不能解决的冲突，理解了防御也就理解了冲突，才能理解神经症性症状。

4. 移情及其解释　在自由联想过程中，通过不断处理阻抗，病人逐渐回忆过去生活经历，同时也将过去的冲动、幻想激活。所谓移情（transference）就是病人将过去对其有重要影响的人物的情绪在与治疗者的关系里重现出来。表现为病人对治疗者产生了强烈的情绪反应，有的对治疗者产生依恋、钦佩、爱慕甚至和性有关联的冲动，这种情况称为正移情；有的对治疗者表现出失望、不满、愤恨、攻击等，这种情况称为负移情。

解释移情是治疗的重要手段之一。当移情产生时，病人过去曾经历的冲动、幻想、重要的人际关系并不仅仅停留在过去（并不仅仅是一种记忆），而是通过与治疗者之间的互动关系表达出来。表现为病人不由自主将其遗忘的经历或记忆呈现在与治疗者此时此刻的交流互动中。意思是病人在与治疗者的交流中，生动地呈现了与过去重要人物（如父母）的感情、态度、幻想、冲突、交往模式，但病人对此却是无意识的。面对那么多的爱、恨、性欲、贪得无厌和绝望等，初学者由于过去没有相关的治疗经验，往往会不知所措。有经验的治疗者常常能通过对移情现象的觉察和分析，理解病人的情感和内心世界以推进治疗进展。

现代的移情观念有了很大发展，如库伯（Cooper AM，1987）指出，过去将移情视为一种早期关系的重演，而现代的观念认为移情包含的并不一定全都是过去的本能驱力、经历和潜意识的重现，也有对当前治疗关系互动的新体验或引发的潜在意义。

处理移情的原则：首先治疗者必须保持头脑清醒，知道病人对治疗者是怎么想的，有什么样的感情，不要认为病人对治疗者的评论都是客观的、公正的。因为有时病人被自己对治疗者的爱、恨感情所吓倒而不敢暴露，有时却意识不到其强烈的情绪反应是针对治疗者的。这时重点是要帮助病人理解移情，把病人的注意力引导到病人自己，让其了解和暴露自己的想法。如可以请病人谈谈当前对治疗者的想法、态度和感情，使移情变得清晰可辨。接着告诉病人，治疗者与病人只是职业性帮助关系并没有私下的交情，治疗中引发的感情以及对治疗者的想法，都是过去重要人际关系中的感情和观点转化而来的。治疗者通过巧妙的揭示移情的机制，使病人真正理解了感情的来源，同时也将病人的心理痛苦和形成病人人格特点的根源完全暴露于意识中了。这就是移情的修通（working through）。

笔记

5. 反移情及其处理 与移情的产生原理一样，治疗者在与病人交流时也会产生情感反应，这就是反移情(counter transference)。经典的精神分析认为，反移情是治疗者对病人的感情转移，是病人在治疗者心中所激发的全部情绪。如一位女病人叙述自己的感情生活，透露曾和许多男性有过性关系，在治疗中流露出对治疗者的性欲望时，道德观念极重的治疗者可能表现出强烈的厌恶并进行指责，这正好重复了其丈夫的反应模式，治疗关系因此陷入危险。

现代精神分析的整合观点认为：反移情是治疗者对病人活动和治疗环境的情绪的、生理的和认知的反应，而且还包括病人投射性认同机制所产生的效应，反移情在许多时候是不可避免的、普遍存在的。反移情对治疗产生积极或是消极影响，主要在于治疗者能否对自己的反移情保持警觉和妥当的处理，适当的、正常的情绪反应是精神分析中重要的治疗工具。治疗者投入感情，既能使治疗者对病人保持必要的关注，更容易通过对自己反移情的体验和辨认，理解病人的情感性质和内心世界。以感情理解病人，可以使病人产生共情的感受，从而得到自尊和勇气。当然，不当的反移情是被禁止的，如把病人当作获取利益的对象或满足自己感情的对象。

6. 梦的理论与临床运用 弗洛伊德特别重视对病人的梦的分析和利用，这也是精神分析技术的一个重要特色。他认为“梦乃是做梦者潜意识冲突欲望的象征”。治疗者可以让病人对梦的内容进行自由联想，发现梦中象征的真实含义，从而理解自己的潜意识冲突、症结及被压抑的愿望。

(1)梦是通向潜意识的捷径：治疗者可以通过梦观察病人是如何思考、感受、防御和阻抗的，帮助病人了解自己内心的活动。在治疗早期，梦的解释只应该局限于梦者的经历、梦的显意，通过梦来了解病人目前生活中可能构成的梦的材料。这种处理会使病人认识到梦是与醒觉的现实生活经历相联系的，是可以被察觉、被理解的。这种初步的理解为病人更深一步的理解潜意识的意义作了准备。通过这个途径那些隐藏的问题会被揭露、被觉察、被理解，并在此基础上被病人所掌握。让病人理解，梦是一种供病人自己“表演”和自我理解的心理功能模式，是另外一种思考形式，并由此联想到内心的冲突所在。

(2)梦是潜意识冲突的表现：在治疗中，由于防御的作用而使梦变得模糊不清。可是，当防御和阻抗被理解、被抛弃之后，梦就变得清晰起来。此时治疗者可以把梦当作路标去发现潜意识的愿望和冲突。

有很多梦看上去是不易理解的，治疗者需要在掌握了大量材料后再对梦进行深入的讨论，不应凭直觉轻率下结论。但治疗者也不要因为梦意难解就灰心丧气。重要的是在心理治疗中要努力尝试，把梦当做一条途径，通过联想把潜意识的内容上升到意识中来。

7. 结束治疗 精神分析的治疗绝大多数不预先安排结束的时间。在治疗开始时，治疗者就应当向病人讲明。治疗将一直持续到把病人的潜意识里的冲突统统揭示出来，得到解决为止；持续到病人理解自己的内心活动为止。随着病人与治疗者的关系加深，那些长期难以理解的事情逐渐被理解之后，病情就会发生变化。当病人感到人格中导致痛苦的那部分已经分离出去，那些曾经造成症状的症结已被修通；当病人能够深刻的理解自己的防御和移情，并能认识不同的移情表现；病人对自己的心理活动有深入的了解，并开始运用自我探索的方式去解决新的问题的时候，治疗就可以结束了。结束阶段，治疗者也要注意到自己的失落感，并谈论这些感觉，以便恰当地处理自己的反移情。鼓励病人克服移情，解决已经理解了的冲突，解决自己生活道路上的困难。使自己能与治疗者分离，并开始独立自主的自我探索。

二、客体关系取向的心理治疗

(一) 概述

现代精神分析与心理动力学的很多流派都是在弗洛伊德的经典精神分析理论与疗法的基

笔记

础上发展起来的，如克莱因、科恩伯格等人的客体关系取向的心理治疗。客体关系取向的心理治疗将重点放在关系的病理上，凯瑟尔（Kaiser）认为，来访者是遭受“联系困扰”之苦，而不是遭受“症状”之苦。来访者痛苦于没有能力与他人建立并维持令人满意的关系，而不是痛苦于无能力调和内在冲突。心理症状的意义在于来访者的关系正在恶化或正在威胁着它的自体感。客体关系心理治疗的重点应放在内部客体关系在建立和维持关系中所起的作用上。

在构成来访者生活的各种关系中，首先考虑的是来访者与治疗者的关系。这种关系不仅发生在此时此地，而且还包含了很多在来访者与他人的关系中运行的关键因素。治疗者——来访者关系被看作是个案生活中病态部分的生动表达。其关系包含着巨大的改变潜能，这种关系本身便会成为改变的焦点。通过这种关系，心理分化、错误的内化和病理性分裂等问题随之可以得到触及。

（二）治疗方法

客体关系心理治疗共分为四个阶段，分别是：允诺参与、投射性认同、面质和结束治疗。

第一阶段：允诺参与

1．治疗关系是改变的基础　人们幼年时学到的事情不一定建立在理性或逻辑的基础之上。通常在生命早期形成的客体关系模式更多的是受到情绪因素而不是智力因素的影响。通过把投射性认同作为构建关系的一种方式。客体关系心理治疗构成了一种方式，可以面对这种投射的模式并且改变来访者的感受。治疗者借治疗关系作为个案关系病理出现的阶段性基础。治疗者与来访者关系中的具体变化才是人和持久改变得以发生的原因。治疗是通过将彼此疏远的一种职业化的关系转变成含有关心、承诺和参与等成分的关系而成功处理来访者的不安。来访者需要感受到治疗者可以满足他们的一些客体关系的需要才能继续留在治疗关系中。

2．使个案允诺参与的技术　治疗联结是指用来传递共情性理解的技术，治疗者可以和来访者交流，告诉来访者他们的感受是被治疗者分享并理解的。为建立“治疗联结”，治疗者可使用的技术有：①共情技术：共情又称同理心、神入、同感、感情移入、共感，是指从来访者角度，而不是从治疗者自己的参考框架去理解来访者的能力。②提供建议和忠告：建议和忠告也可以用来使来访者允诺参与。但要注意的是，咨询初级阶段的目标并不是解决问题，因此只有当提供建议和忠告不影响咨询关系时，并且建议被采纳的可能性很大时才使用。如果咨询者允诺参与阶段成功，治疗者就可以非常有信心地准备好进入下一阶段的咨询了。

第二阶段：投射性认同

在这一治疗阶段，治疗关系的特点发生了显著的变化。投射性认同（projective identification）的出现是第二阶段开始的显著特征。这时，来访者想找到一个“真正”关心自己的人，这就很可能产生对治疗者的投射性认同。这时治疗者可能会产生反移情。在客体关系工作中，与传统精神分析对反移情的理解有着明显不同，这一阶段被看做心理咨询过程中的自然部分，认为反移情是指治疗者情感上对来访者的投射性认同作出的反应。反移情不再被看做是治疗者自己未解决的俄狄浦斯情结的反应，而被看做是对来访者投射性认同的一种自然反应，认为反移情在治疗中是有价值，甚至是必不可少的一部分。

面对来访者的投射性认同，治疗者应把来访者的隐藏信息公开化，即让来访者意识到自己的想法。一旦隐藏信息被公开化，就达到了第二阶段的目标。治疗者可以开始下一阶段的咨询。

第三阶段：面质

当包含在来访者的投射性认同中的隐藏信息被公开化时，治疗者就能够与来访者进行实质性的互动，可以用一种直接且强有力的方式面质（confrontation）来访者的病理。

1．面质的概念和目的　面质是指治疗者运用言语反应描述在来访者的感受、想法和行为中

笔记

存在的明显差异、矛盾冲突和含糊的信息。同时，帮助来访者挖掘出认识自己的不同方法或引导他们采取不同的行为。采取不同方式使用面质技术的目的是以某种方式挑战来访者，动员来访者的能量指向更深刻的自我认识和更积极地行为。

2. 面质反应的基本原则 面质必须谨慎使用，以免给来访者带来不利影响。首先，任何时候都必须清楚使用面质的动机，面质反应只针对问题中的矛盾。另外，面质反应前，应建立良好的咨询关系和信任度，选择合适的面质时机，不要在很短的时间内用面质反应给来访者施加太大压力。治疗者需要让来访者知道，治疗者在治疗刚开始时许下的承诺在此刻依然像从前一样牢固，并且治疗者依然关心来访者。

3. 面质反应的步骤 进行有效的面质需要四个步骤：①仔细观察来访者，确定他所表现出来的矛盾类型，探查出矛盾之处，不要过早地做出面质反应。②评估面质的目的，确定是否来访者需要被挑战。评估咨询关系是否安全，以便使来访者能从面质中受益。③总结矛盾中的不同因素，解决冲突，促进和谐。④评估面质反应的效果。治疗者做出面质后，来访者可能否认、困惑、假装接受、真正接受。然而，面质效果可能不是立即发生的，同时要关注来访者可能更为防御的迹象。

第四阶段：结束

在结束阶段，来访者要自己从病态的客体关系中解脱出来，挣脱过去与自己形成病态联结的人的束缚。于是，来访者能够将内在客体体验为可能犯错的客体，并且能够宽恕其缺点。分离是客体关系治疗中的最后步骤。在治疗中，治疗者被作为一个重要客体被整合进病人的自体。治疗者作为一个"好客体"被内化，被内化成价值感和自尊的来源。结束阶段，治疗者要积极主动地让来访者参与到分离的体验中去。来访者也要了解自己对分离的感受。于是，来访者和治疗者有机会在一段较短时间内，体验一般的人与人之间的关系。

（杨凤池 傅文青）

第二节 行为疗法

一、行为疗法概况

行为疗法（behavior therapy），是建立在行为学习理论（参见第4章）基础上的心理治疗方法。行为疗法是依据条件反射学说和社会学习理论，以减轻或改善来访者的症状或不良行为为目标的一类心理治疗技术总称。由于它源于实验研究，评价可测查的行为，且具有针对性强、易操作、疗程短、见效快等特点，在20世纪得到了广泛应用和迅速发展，是心理治疗发展史中的第二里程碑。

行为疗法起源于20世纪50～60年代，最初它因应用经典及操作条件反射原理治疗问题行为而与其他学派有明显不同，但到了今日，行为治疗的定义远比当时复杂得多，它包括了以不同理论为基础的行为法则，具有多元化的观点，主要包括系统脱敏疗法、冲击疗法、厌恶疗法、行为塑造法、松弛疗法、生物反馈疗法等。

二、行为疗法的基本原则和方法

行为疗法首先要对病人的病理心理及有关功能障碍（即问题行为）进行行为学方面的确认、检查以及有关环境影响因素的分析，然后确定操作化目标和制定干预的措施，其目的是改善病人适应性目标行为的数量、质量和整体水平。

行为疗法的基本原则包括：①通过行为分析确立病人的靶症状或靶行为，以便能够有的放矢地帮助病人解决其主要问题；②循序渐进，由简单到复杂，逐步给予一系列的练习作业，病人

笔记

在处理比较简单的问题中获得信心后，再处理较严重的问题；③强调实践或练习，通过自我练习，达到目的，表明治疗成功，没有达到目的则可能存在其他问题，需要进一步分析和认训，重新考虑治疗方案。

（一）行为功能分析

行为功能分析，指在行为疗法前对环境中和行为者本身的影响或控制问题行为的因素作一系统分析。行为疗法的目的在于消除患者的问题行为本身。治疗师在帮助患者解决问题行为之前，首先就是要对患者的行为问题进行细致的了解和分析。

我们可以使用记日记或用评定量表的方式来记录：(A)何时出现症状和行为类型即情境事件；(B)问题行为反应，包括外显言行、内在认知、情绪体验和症状感受等；(C)会出现何种后果及可能的强化因素。这种对于时间有关行为进行详细检查的方式称为行为分析 ABC。

有时行为记录过程，(特别是在做基础研究时)会引起被观测行为的改变，这种情况称作观察反应。减少观察反应的办法之一是等到被观察者习惯了观察者在场之后进行观察，或在观察对象不知道(如单向玻璃)的状态下进行观察。要能得到准确的观察记录，观察者的信度(两个观察者之间观察结果的一致性)应达到80%或90%以上最为理想。

案例：下表列举了刘小小同学在校三天中重复发生的行为与环境因素之间的关系。他出现影响同学学习、要求上厕所以及大声喊叫老师等行为都出现在独自完成学习任务的时候，每个行为的结果都是与老师发生了不同程度的互动。从这些信息中，我们可以得出一个假设，就是刘小小同学问题行为的功能是获得老师的关注。

ABC 分析表示例

姓名：刘小小　　**日期：2010-5-8 至 2010-5-10**　　**地点：教室**

观察记录人：__________

前奏事件(A)/情境事件	行为(B)	结果(C)
默写课文时	前顾后盼影响其他同学	受到老师批评
默写课文时	举手要求上厕所	老师说教几句，让其上厕所
小组讨论时	大声喊老师	老师去到他身边，回答其问题
独自计算数学题时	拽前座女同学的辫子	老师批评他，并要求其认真做作业

（二）系统脱敏疗法

系统脱敏疗法(systematic desensitization)由 J. Wolpe 所创立，他将"交互抑制"法与 Jacobson 的肌肉松弛技术和想象暴露(imaginary exposure)相结合，总结出一个基本的治疗模式，用于治疗焦虑病人。这是第一个可供临床医生使用的并具有逻辑程序的行为疗法。这一疗法成为后来许多行为疗法实践的基础。

系统脱敏疗法的基本思想是：治疗师帮助患者建立与不良行为反应相对抗的松弛条件反射，然后在接触引起这种行为的条件刺激中，将习得的放松状态用于抑制焦虑反应，使不良行为逐渐消退(脱敏)，最终使不良行为得到矫正。

1. 治疗程序

(1)设计和评定主观不适等级表：通常以 5 分、10 分或百分制评定。以 5 分制为例，心情极度不适时评 5 分，平静没有不适时评 0 分，两者之间各种不同程度心情不适可以评为 4、3、2、1 分。让受治疗者懂得这种评分标准，并学会按这种标准衡量自己的主观感觉，给自己不同情景中的状况给予一个较为适当的分数(见表 13-1)。

笔记

表 13-1 考试恐怖者的不适等级表

刺激	等级
考前 2 个月	10
考前 1 个月	20
考前 2 周	30
考前 1 周	40
考前 3 天	50
考前 1 天	60
进入考场	70
等待监考老师	80
分发试卷	90
答题铃响	100

(2)松弛训练:让病人坐靠在沙发上或藤椅上,双臂放于扶手,随意采取舒适的姿势。首先让病人握紧拳头,然后松开;咬紧牙关,然后松开。反复作几次,目的是让他体会什么是紧张,什么是放松。放松训练由前臂开始,因为前臂的松弛最容易掌握。然后依次练习放松面部、颈、肩、背、胸、腹及下肢。训练时要求周围环境安静,优雅,光柔和,气温适宜。每次训练 20 ~ 30 分钟,每日或隔日一次。一般要经过 6 ~ 8 次训练才能学会松弛。要强调反复练习,除了正常训练以外,还要给受治疗者布置家庭作业。最终要求受治疗者能在日常生活环境中可以随意放松,达到运用自如的程度。

(3)系统脱敏:以社交恐怖症患者为例。由引起最低紧张等级的刺激(表 13-2)开始脱敏。

治疗者指令:请闭眼想象你正面对着你父亲。

(病人闭目想象,当想象中的表象逐渐清晰并开始身临其境后,以手势向治疗者示意已进入角色,治疗师计时 30 秒到 1 分钟,以下同)时间到后,请患者睁开眼睛,

治疗者问:请你告诉我你的感受如何?

(患者以一个手指示意紧张等级为 1,表示有些紧张。)

治疗者指令:抹掉头脑中的想象,放松全身肌肉。

(病人停止想象,放慢呼吸依次放松全身肌肉。几分钟后病人示意紧张等级为 0,表示心情恢复平静。)

治疗者指令:再次想象你正面对着你的父亲。

经过想象,放松,再想象再放松……。如此重复多次以后,病人在想象中面对父亲的紧张感觉逐渐减轻。直到病人在想象中面对父亲已不再紧张时方算一级脱敏。然后想象与同事会面,与上司会面等等,逐步升级,如法炮制。最后在置身于与男朋友的父亲相处的想象中时仍无紧张的感觉时即算脱敏完毕。

在脱敏之间或脱敏之后,将新建立的反应迁移到现实生活中,即现场脱敏,不断练习,巩固疗效。

如果引起患者主观不适的有多种因素,那么不适层次表可以由各种刺激源组成。按其引起的 SUD 的高低依递增次序排列,如社交恐怖症患者的不适层次表设计如下:

笔记

表 13-2 社交恐怖症患者的不适等级表

刺激	等级(5 分制)
母亲	0
父亲	1
同事	2
上司	3
男朋友的父母	4

不同层次表的资料来源于病史,问卷检查结果及与患者的交谈。一般只列出了患者认为最重要,最常见的精神刺激,无须包罗求全。排列应由患者完成或得到患者认可。不适层次表的制定关系着治疗的成败。关键是:最低层次的精神刺激所引起的不适,应小到足以能被全身松弛所抑制的程度。而且各层次之间的级差要均匀适当。级差过小会拖延治疗过程,事倍功半;级差过大,欲速则不达,导致治疗失败。

系统脱敏疗法主要用于治疗恐怖症,也可用于癔症。脱敏过程需要 8 ~ 10 次,每日一次或隔日一次,每次 30 ~ 40 分钟。

(三) 冲击疗法

冲击疗法(flooding therapy)又称为满灌疗法,其基本原则与系统脱敏法相反。例如治疗恐怖症,不是使病人按轻重程序逐渐面对所惧怕的情况,而是让病人一下子面对最高等级惧怕的情况,甚至过分地与惧怕的情况接触。由于惧怕刺激的"泛滥性"的来临,个体面对过分的惧怕刺激,恐怖反应可能会逐渐减轻,甚至最终消失。即使没有放松的过程,只要持久地让被治疗者暴露在惊恐刺激面前,惊恐反应也终究会自行耗尽。

例如英国心理治疗专家 I. Marks 教授,曾用这种方法治疗了一名患有不洁恐怖症和癌症恐怖症的女病人。患者由于怕脏每天反复擦洗家具,地板,甚至墙壁,反复洗手,每天花掉大量时间,还因觉得自己的床脏而与母亲同住一床好几年,因觉得家里的厨房脏而每天到餐馆吃饭。全家人为此非常担心。Dr. Marks 自己做示范让患者同做。他用手去摸墙壁、地面、甚至鞋底,然后直接用手接触茶杯,并故意碰到杯子口,接着用脏杯子喝水。而后两小时内不准洗手。患者在进行这一系列动作时,表现出明显的焦虑、恐惧,呼吸加快、冒冷汗、心慌,觉得恶心。但经过两个小时,这些情绪、症状逐渐的好转,部分自行消退。两小时后患者开始洗手,最初要洗 1 个小时,之后限制洗手时间,缩短到 3 刻钟,以后逐渐到半小时,一刻钟。要求患者每天重复以上过程,几天后,要求患者回到自己的床上睡觉。最后让病人到肿瘤门诊候诊室坐在有肿瘤患者坐过的椅子上,并与肿瘤握手。这些使患者有种"简直受不了"的感觉,并引起了失眠、食欲不振等症状。治疗过程中不使用任何镇静剂,完全等待其自行缓解。短期观察,疗效较好。

在冲击治疗前,应向患者认真地介绍这种治疗的原理与过程,如实地告诉患者在治疗中必需付出痛苦的代价。病人和家属同意后在治疗协议上签字,进行必要的体检,排除心血管疾病、癫痫等重大躯体疾病。冲击治疗不宜随便应用,应选择适合接受治疗的对象。

(四) 厌恶疗法

厌恶疗法(aversion therapy)是一种通过轻微的惩罚来消除适应不良行为的治疗方法。当某种适应不良行为即将出现或正在出现时,当即给予一定的痛苦刺激,如轻微的电击、针刺或催吐剂,使其产生厌恶的主观体验。经过反复实施,适应不良行为和厌恶体验就建立了一定的条件联系,以后当欲实施一定行为时,便立刻产生了厌恶体验。为了避免这种厌恶体验,患者只有终止或放弃原有的适应不良行为。

这种治疗基本上是"处罚"消除法,即依据"负性条件"消除目标行为。这里,负性条件的范

笔 记

围很广，包括治疗者的皱眉、摇头不赞成，口头的训诫，在皮肤上的刺痛，限制舒服行为的发生（如不准看电影、不准外出等等）。

对酒依赖的患者的治疗可使用阿扑吗啡（去水吗啡）。这是一种催吐剂，通常在注射后几分钟便引起强烈的恶心呕吐体验。治疗先注射阿扑吗啡，几分钟后让患者饮酒，几乎在饮酒的同时患者就会恶心、呕吐。反复几次之后患者的饮酒行为与恶心呕吐形成了条件联系，于是只要饮酒便会恶心、呕吐。为了避免恶心难受，只好弃酒不饮了。

1970 年，Serber 报道了对窥阴癖的厌恶治疗如下。首先让患者进入一个特定房间，房间四壁都装有单向玻璃镜，患者可透过前面的单向玻璃镜见一位半裸体的异性。而透过两侧的单向镜可以看见很多人走来走去，好像公开地观察他。而实际上，除了治疗师，任何人都看不见他，两侧的人们对这个房间里发生的事也一无所知，只是在忙自己的事情。当他忍不住去窥看半裸异性时，他觉得四周的人显然已经看到他的猥琐形态了，于是羞愧得无地自容。此后性变态行为消失。同法治疗的七个窥阴癖患者，经过长期随访观察，有六人再没有性变态行为。

厌恶疗法主要适用于露阴癖、恋物癖、酒精依赖及强迫症等。厌恶疗法应该在严格控制下使用，因为目前尚有两个争议的问题：一是技术方面的问题，从学习理论可知，惩罚是有一定的危险性，如临床案例报告，有露阴癖患者经电击治疗后而遗下阳痿，有些患者可能因惩罚而增加焦虑；二是伦理问题，惩罚作为一种治疗手段，可能与医学伦理学规范相冲突。

（五）行为塑造法

行为塑造法（behavior modeling）是一项通过强化而产生某种期望的良好行为出现的行为疗法技术。行为塑造法是根据斯金纳的操作条件反射原理设计出来的，这种疗法主要是通过某种奖励系统，在来访者做出预期的良好行为表现时，马上就能获得奖励，即可得到强化，从而使来访者所表现的良好行为得以形成和巩固，同时使其不良行为得以消退。奖励可以用不同的形式表示，如用记分卡、筹码等象征性的方式。只要来访者出现预期的行为，强化马上就能实现。例如当小孩子第一次开始使用礼貌用语时边及时夸奖他“真乖”“真棒”等，让他的文明礼貌行为及时、逐渐地得到强化和巩固。

在使用这种疗法时要注意按具体对象订出具体的、由简单到复杂的逐渐行为要求。并一定要坚持兑现，也不能为迁就个别人、个别情况而随意变动，以此来促进坚定趋向行为动机。让来访者在现实的生活环境中通过对更为接近目标的行为进行强化，逐渐形成新的良好行为。

另外，还可让来访者把自己每小时所取得的进展正确记录下来，并画成图表。这样做本身就是对行为改善的一种强大推动力。根据图表所示的进展，还可应用其他强化因子，当作业成绩超过一定的指标时即给予表扬或奖励。为了使治疗效果得以保持和巩固，使用这一治疗方法时，需要特别注意如何帮助来访者把在特定治疗情境中学会的行为迁移到家庭或工作的日常生活现实环境中来。

行为塑造法适用于恐怖症、多动症、神经厌食症、肥胖症、药瘾者和酒癖者等的矫治以及对于孤独症儿童和精神发育不全的儿童都有疗效。

（六）松弛疗法

松弛疗法（relaxation therapy）是通过机体的主动放松使人体验到身心的舒适以调节因紧张反应所造成的紊乱的心理生理功能的一种行为疗法。常用的松弛疗法有渐进性肌肉放松、自主训练、冥想和瑜伽等经典松弛疗法。下面主要介绍渐进性松弛疗法。

渐进性松弛疗法（progressiverelaxation therapy）由美国生理学家 Edmund Jacobson 创建，是最常用的一种行为疗法。Jacobson 让来访者系统地对肌肉群进行紧张和放松的交替练习，并让他们体验两种不同状态下的感觉。通过训练，来访者可以达到完全放松状态并体验深度放松感

笔记

觉。现在广泛使用的松弛训练涉及16个肌群,一般需要12个治疗小时的学习(包括家庭作业),每次训练大约需要20～30分钟。

该疗法的中心环节是掌握紧张-松弛的周期循环。从手和前臂的肌群开始,依次转换到头面、颈部、躯干、下肢到脚16组肌群。每一肌群的练习应分散于几次治疗中完成。要求患者将注意力集中于某一肌群。例如"请注意您的右手",接下来发紧张的指令;"现在请您握拳,尽可能地握紧"。紧张的时间大概为5～10秒(腿部的紧张时间应短一些,防止抽搐)。在紧张期内,治疗师提醒患者注意其感受有何不同并使其保持注意力。"请注意这块肌肉收缩时摸起来是什么感觉……感受一下这块肌肉的紧缩!"。接着发松弛的指令,松弛的时间持续30～40秒,此时同样提醒患者注意其感受。对于某一肌肉群来说,上述过程只重复1～2次。松弛的时间由患者本人来决定,治疗师要求患者,"如果您感到完全放松了,请举手指示意"。治疗师记录下患者举手指示意的时间。然后再对这一肌群做3～4次练习,每次练习的目的都是让患者的感受集中于身体的某一部分。以后再做其他肌群练习时,都要与先前训练过的肌群作比较。

松弛疗法对于缓解紧张性头痛、失眠、高血压、焦虑、愤怒等生理心理症状较为有效,大多数焦虑症患者都能从放松训练中获益,肌肉放松被认为是恐怖症和广泛焦虑障碍的有效疗法。松弛疗法对于副交感神经系统兴奋引起的内脏和躯体疾病均可起到良好的调整作用。

（七）生物反馈疗法

生物反馈疗法(biological feedback therapy)是20世纪60年代在实验心理学内发展起来的治疗技术,是指在电子仪器帮助下,将身体内部的生物电活动加以放大,放大后的机体电活动信息以视觉(如仪表读数)或听觉(加蜂鸣音)形式呈现出来,使患者得以了解自身的机体状态,并学会在一定程度上随意地控制和矫正不正常的生理变化。生物反馈仪可以反馈给人的信息包括肌肉的紧张度、皮肤表面的温度、脑电波活动、皮肤导电量、血压和心率等。患者必须了解生物反馈的原理,仪器的使用方法,视觉形式或听觉形式反馈信号的意义,必须坚持练习,探索学习成功的经验、失败的原因。

常用的生物反馈仪有肌电反馈仪、皮温反馈仪、皮电反馈仪、脑电反馈仪、心率反馈仪、血压反馈仪。肌电、皮温反馈仪也可用于稳定心率和血压,所以这两种反馈仪又是所有反馈仪中最基本的仪器。在治疗中,各种反馈仪的工作模式是基本相同的。

向病人概要介绍生物反馈的原理之后,测定几种常用的生理参数的基础值,确定最佳生物反馈训练方案。第一次训练时,特别要观察反馈训练时病人的姿势、呼吸、手动、肩动等的变化。要病人描述他的焦虑体验,指出最感紧张的部位,描述想象中松弛的人的样子,这样治疗师能发现病人的态度和对松弛的想象能力。对于新近有重大生活事件(如丧偶)的病人,应该隔一段日子再开始训练。每一次训练结束,让病人作主观等级评定,1代表最松弛,7最紧张,4中度松弛。结束后治疗师要了解:经过练习,紧张度由几级达到几级。还要布置家庭训练,嘱病人坚持每天2次,每次20～30分钟的放松训练,并填写放松等级表。

生物反馈疗法具有无损伤、无痛苦、无药物副作用、方法简便、治疗范围广等优点,对多种与社会心理应激有关的心身疾病都有较好的疗效,广泛应用于治疗各科心身疾病、神经症和某些精神病。

三、适应证和评价

行为疗法广泛适用于各种存在行为异常的个体。但对于边缘人格、人格障碍或抑郁症的病人治疗效果有限。行为疗法的适应证一般包括以下各方面:

(1)恐怖症、强迫症及焦虑症等。

(2)神经性厌食症、神经性贪食症、神经性呕吐及其他进食障碍,烟酒及药物依赖等。

(3)阳痿、早泄、性高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛等性功能障碍。

(4)纵火癖、偷窃癖、拔毛癖等冲动控制障碍。

(5)儿童多动症,品行障碍、儿童离别焦虑、儿童恐怖障碍、社交敏感性障碍等。

(6)儿童抽动症、慢性运动和发声抽动障碍等。

(7)遗尿症、遗粪症、异食癖、口吃等儿童行为障碍。

(8)学习障碍、考虑综合征、电视迷综合征、计算机网络综合征。

(9)高血压、心律失常、胃溃疡等心身疾病。

很多文献报告了行为疗法对其适应证的疗效。Ko SM 在 1996 年报告对于强迫症的主要亚群,行为疗法是一种非常有效的治疗模式。1995 年,Johnston DG 报告行为疗法联合药物治疗对广场恐怖妇女有效。还有文献报道,对强迫症,恐惧症,广泛焦虑的患者,进行 2~10 次的行为疗法,包括暴露疗法,反应预防,和放松训练后,症状得到显著改善。

在对神经症及烟酒依赖等文献中报道,对于治疗神经性呕吐,系统脱敏疗法有效果。而对烟酒依赖患者,行为疗法的治疗效果更持久且更易于接受。系统脱敏疗法在对吸毒人员的戒毒治疗中具也有一定的疗效。此外,系统脱敏疗法对孤独症患者的焦虑症状及智力障碍有改善帮助。延时暴露疗法对于创伤后应激障碍患者治疗有效。

行为疗法的着眼点是可观察到的外在行为或可具体描述的心理状态。如果病人的心理或行为问题能比较客观地观察和了解,就较适合采用行为疗法。但如果病人觉得对人生没兴趣,或不知将来去向如何等等比较抽象的或性质模糊不清的问题,就不宜马上运用行为疗法。

(汤艳清)

第三节 认知疗法

一、概 况

20 世纪 60~70 年代,艾里斯(A. Ellis)、贝克(A. T. Beck)和迈肯鲍姆(D. Meichenbaum)等人根据临床观察研究和认知心理学、社会心理学、控制论和信息论的新进展,分别创立发展了理性情绪疗法(rational-emotive therapy)、认知疗法(cognitive therapy)和认知行为矫正(cognitive behavior modification)等认知治疗方法。

(一)理性情绪疗法

理性情绪疗法有人本主义倾向,信赖、重视个人自己的意志,理性选择的作用,强调人能够"自己救自己"。此疗法还有教育的倾向,试图用一套它认为合理的、健全的心理生活方式去教育来访者。它强调理性、认知的作用,在治疗中,总是把认知矫正摆在最突出的位置,给予最优先的考虑。理性情绪疗法的完整治疗模式由 ABCDEF 六个部分组成,如图 13-1。A:activating events,指发生的事件。B:beliefs,指人们对事件所持的观念或信念。C:emotional and behavioral consequences,指观念或信念所引起的情绪及行为后果。D:disputing irrational beliefs,指劝导干预。E:effect,指治疗或咨询效果。F:new feeling,指治疗或咨询后的新感觉。艾里斯认为,事件(A)本身并非是引起情绪反应或行为后果(C)之原因,而人们对事件的不合理信念(B)(想法看法或解释)才是真正原因所在,不同的 B 可以引发不同的 C,如表 13-3。因此要改善人们的不良情绪及行为,就要劝导干预(D)非理性观念的发生与存在,而代之以理性的观念。等到劝导干预产生了效果(E),人们就会产生积极的情绪及行为,心里的困扰因此消除或减弱,人也就会有愉悦充实的新感觉(F)产生。

笔记

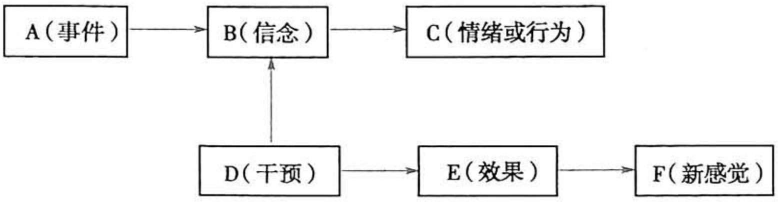


图 13-1　理性情绪疗法 ABCDEF 示意图

表 13-3　相同的 A，不同的 B，产生不同的 C

	甲	乙
事件（A）	考试中遇到难题	考试中遇到难题
想法（B）	这道题，我难别人也难，所以别慌，让我想想，既然想不出来，先做后面的题目，回头再来做这道	真该死，这道题怎么做不出，万一做不出怎么办？不行，一定要做出来
情绪（C）	镇定、从容不迫	急躁、冒汗、理不出头绪
时间过去	会做的题目做好正仔细分析难题	后面还有很多题目没做真心慌
考试即将结束（C）	解出难题，复查放弃解不出的题	还有题目没做完顾不上复查了
结果（C）	考出实际水平	考不出实际水平

非理性信念有三种基本形式：①自我完美信念；②公平世界信念；③自我中心信念。据 ABC 理论，分析日常生活中的一些具体情况，人的不合理观念常常具有以下三个特征：①绝对化，“必须对我好”等等。②过分概括化：以偏概全的不合理思维方式的表现，它常把“有时”、“某些”过分概括化为“总是”、“所有”等。如有些人遭受一次失败后，就会认为自己“一无是处、毫无价值”。③糟糕至极：这种观念认为如果一件不好的事情发生，那将是非常可怕和糟糕。例如，“我没考上大学，一切都完了”。

常见的不合理信念包括：①人应该得到生活中所有对自己是重要的人的喜爱和赞许；②有价值的人应在各方面都比别人强；③任何事物都应按自己的意愿发展，否则会很糟糕；④一个人应该担心随时可能发生灾祸；⑤情绪由外界控制，自己无能为力；⑥已经定下的事是无法改变的；⑦一个人碰到的种种问题，总应该都有一个正确、完满的答案，如果一个人无法找到它，便是不能容忍的事；⑧对不好的人应该给予严厉的惩罚和制裁；⑨逃避可能、挑战与责任要比正视它们容易得多；⑩要有一个比自己强的人做后盾才行。

（二）贝克的认知疗法

由 A. T. Beck 在研究抑郁症治疗的临床实践中逐步创建。贝克认为，认知产生了情绪及行为，异常的认知产生了异常的情绪及行为。认知是情感和行为的中介，情感问题和行为问题与歪曲的认知有关。例如，如果人们认为环境中有危险，他们便会感到紧张并想逃避。贝克认知疗法主要目标是协助当事人克服认知的盲点、模糊的知觉、自我欺骗、不正确的判断，及改变其认知中对现实的直接扭曲或不合逻辑的思考方式。治疗者透过接纳、温暖、同理的态度，避免采用权威的治疗方式，引导当事人以尝试错误的态度，逐步进入问题解决的历程中。

Beck 指出，心理障碍的产生并不是激发事件或有良刺激的直接后果，而是通过了认知加工，在歪曲或错误的思维影响下促成的。他还指出，人们的认知建立在自己以往经验的态度和假设基础之上，错误思想常以“自动思维”的形式出现，即这些错误思想常是不知不觉地、习惯地进行，因而不易被认识到，不同的心理障碍有不同内容的认知歪曲，如图 13-2。例如：抑郁症大多对自己，对现实和将来都持消极态度，抱有偏见，认为自己是失败者，对事事都不如意，认为将来毫无希望。焦虑症则对现实中的威胁持有偏见，过份夸大事情的后果，面对问题，只强调不利因

笔记

素，而忽视有利因素。因此认知治疗重点在于矫正患者的思维歪曲。

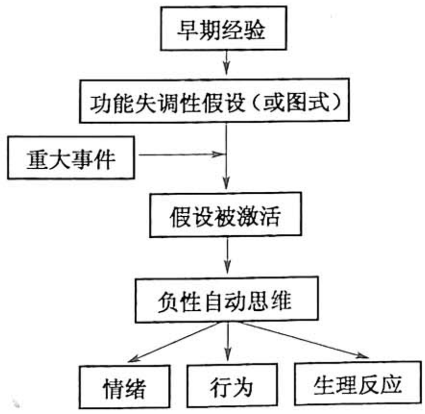


图 13-2　贝克情绪障碍的认知模式

1. 功能失调性假设（underlying dysfunctional assumptions）或图式（schemas）　是人们看待世界的（人、事件、环境）重要信念和假设。人们从童年期开始通过生活经验建立对将来的认知图式，是一种比较稳定的心理特征，通常不予表达，不为意识所觉察，在其后的生活中，继续得到修改与补充。人的倾向于选择与图式一致的信息，忽略不一致的信息，成为支配人们日常行为的规则。由于功能失调性认知假设存在，患者对某些重大事件表现出脆弱性，由此派生出大量负性自动想法。抑郁症患者早期形成的这种潜在的认知结构，使他倾向于对自己作消极评价，构成了抑郁症的易患倾向，在抑郁症发生中起决定作用。功能失调性假设的特征：①不符合人类经验的真实性，是不合理的。如"我应当永远强大"。②僵硬的，过分普遍化和极端的信念，不考虑不同情境的差异。③阻碍目标的实现，如完美主义标准势必引起焦虑，抑制操作能力。④与极端的过度情绪有关，如抑郁与绝望。⑤个体依据它们行为，它们似乎是真实的但并无明确的表达。

功能失调性假设分三类：①成就（需要成功、高的表现标准）；②接纳（被人喜欢、被人爱）；③控制（要左右事物的发展，成为强者等）。

2. 负性自动思维（negative automatic thoughts）　在特定情境下自动呈现在意识中的想法，常常不经逻辑推理突然出现，稍纵即逝。大多数患者往往觉得这些想法很有道理，对其情绪影响甚大。负性自动思维的特征：①自动的，不经逻辑推理出现于脑内；②内容消极，常和不良情绪相互关联；③随时间地点而有变化，能为意识所觉察，具有认知过程的特征，为临床表现的一部分；④貌似真实，因为它是由功能失调性假设或图式派生而来的；⑤存在于意识边缘，稍纵即逝；可表现为语词性的和（或）形象性的；⑥存在的时间不定，但力量很大，并且不能由自己的意愿选择或排除；⑦蕴含着认知曲解，而当事人都给以为真，不认识它正是情绪痛苦的原因。

负性自动想法的消极性表现为三方面：一是消极看待自己，否定自己的成就、价值和能力。二是消极解释自己的经历和经验。三是消极看待未来，认为不只是现在、过去，未来也只有失败等着他。

3. 认知歪曲形式　贝克认为认知歪曲的形式主要包括：

（1）非此即彼（all-or-nothing thinking，又称非黑即白、极端化）：用两极法看待事物而不是将事物看作一个连续体。例如：没有全面成功就是失败。

（2）灾难化（catastrophizing，又称算命）：消极地预测未来而不是考虑其他的可能结局。例如：我会心神不安的，我会失去所有的。

（3）使不合格或打折扣（disqualifying or discounting the positive）：毫无理由地否认自己积极经历、事迹或素质。如：计划完成得不错，但我还是个失败者。

笔记

（4）情绪推理（emotional reasoning）：感觉强烈（实际是相信）就认为某件事合乎现实，无视或

轻视反面的证据。如:尽管我工作出色,但我还是个失败者。

(5)贴标签(labeling):给自己或别人贴上固定的大标签,不顾实际情况下结论。如:我是个失败者,一无是处。

(6)最大化/最小化(magnification/minimization):在评价自身、他人或一件事时不合理地夸大消极面和(或)缩小积极面。如:得了中说明我很差,得了优并不说明我聪明。

(7)精神过滤(mental filter,或称选择性注意):不看整体,仅将注意力集中于消极的细节上。如:因为考试中得了一个低分(也有好几个高分),这说明我干得糟透了。

(8)度人之心(mind reading):坚信自己懂得别人的心思,而不考虑其他可能性。如:他在想我不懂计划中的重点。

(9)以偏概全(overgeneralization):远远超出现有处境得出一个更大范围的消极结论。如:因在大会上发言紧张即认为自己不具备交友的本钱。

(10)个性化(personalization):相信别人都是因为自己才消极行动,而不考虑其他更有可能的解释。如:他对我粗暴无礼肯定是因为我做错了事。

(11)"应该"和"必须"陈述("should"and"must"statement,也叫命令式的):有一个精确固定的观念认为自己和别人应该怎么做,高估了不这样做的严重后果。如:要出错的话就太可怕了,我应该时时尽力。

(12)管状视力(tunnel vision):只见事物的消极方面。如:他什么事也做不好,工作一塌糊涂。

二、方　法

(一) 理性情绪疗法

艾利斯等人认为合理情绪疗法可以帮助个体达到以下几个目标:①自我关怀;②自我指导;③宽容;④接受不确定性;⑤变通性;⑥参与;⑦敢于尝试;⑧自我接受。

1. 理性情绪疗法治疗过程包括:

(1)心理诊断阶段

①识别非理性信念,弄清非理性信念与情绪困扰的关系;

②确立对自己的不良情绪和行为负责的意识,促使其积极参与治疗过程;

③改变不合理思维,放弃非理性信念;

④学习合理信念,并内化为新的自我语言。

(2)领悟阶段

①情绪障碍不是由外界事件直接引起,而是自己非理性信念所致;

②目前的情绪障碍是因为自己仍在沿用过去的非理性信念;

③改变自己的非理性信念,情绪障碍才能消除。

(3)修通阶段:主动指导、教育和促进认知改变,以改善情绪。

①与不合理的观念辩论;

②合理情绪想象技术;

③家庭作业;

④其他方法(脱敏、操作性条件反射、自主训练、模仿、角色扮演、想象等)。

(4)再教育阶段:巩固疗效,摆脱不合理观念与思维模式,强化新观念,更好的适应生活。

2. 理性情绪疗法的治疗过程中,最常用的技术就是:与不合理的信念辩论的技术、合理的情绪想象技术、家庭作业和自我管理的技术(放松训练、决断训练、社会技能训练、问题解决训练)。

(1)与不合理信念辩论技术(质疑式、夸张式):艾利斯认为,与不合理信念辩论的技术,向求治者所持有的关于他们自己的、他人的及周围环境的不合理信念进行挑战和质疑,从而动摇他

笔记

们的这些信念。采用这一辩论方法的施治者必须积极主动地、不断地向求治者发问，对其不合理的信念进行质疑。提问的方式，可分为质疑式和夸张式两种：

①质疑式：施治者坦率地直接向求治者的不合理信念发问，如“你有什么证据能证明你的这一观点？”“请证实你的观点”等。患者一般不会简单地放弃自己的信念，面对施治者的质疑，他们会想方设法为自己的信念辩护。施治者借助这种不断重复和辩论过程，使对方感到自己的辩解理屈词穷，从而让他们认识到：第一，那些信念是不现实的、不合逻辑的东西；第二，那些信念是站不住脚的；第三，什么是合理的信念，什么是不合理的信念；第四，最终以合理的信念取代不合理的信念。

②夸张式：施治者针对求治者信念的不合理之处故意提出一些夸张的问题。如下：

来访者：“别人都看着我。”
咨询师：“是否别人不干自己的事情，都看着你？”
来访者：“没有。”
咨询师：“在身上写上‘不要看我’？”
来访者：“那人家都要来看我了。”
咨询师：“那原来你说别人都看你是否是真的？”
来访者：“是我想象的。”

（2）合理情绪想象技术：首先，使来访者在想象中进入产生不适当的情绪反应或自感最受不了的情境之中，让他体验在这种情境下的强烈情绪反应。然后，帮助来访者改变这种不适当的情绪体验，并使他能体验到适度的情绪反应。最后，停止想象。让来访者讲述他是怎样想的，自己的变化，如何变化的。对来访者情绪和观念的积极转变，咨询师应及时给予强化，以巩固他获得的新的情绪反应。

（3）家庭作业：它是咨询师与来访者之间的辩论在一次治疗结束后的延伸，即让来访者自己与自己的不合理信念进行辩论，主要有：RET 自助表、与不合理的信念辩论、合理自我分析报告（RSA）。

①RET 自助表：这是由埃利斯特制的自助表格。其内容为，先让填表者找出 A 和 C，然后再找 B。表中列有十几种常见的不合理信念，填表者可从中找出符合自己情况的 B，若还有其他的不在此列中的不合理信念可单独列出。接下来是请填表者自己做 D，对自己所有的不合理信念，一一进行质疑式的辩论。最后是填写 E，即通过自己与自己的不合理信念辩论而达到了什么情绪的和行为的效果。

②与不合理的信念辩论：这也是一种规范化的作业形式，内容很简单，需来访者回答一些具体的问题：

我打算与哪一个不合理的信念辩论并放弃这一信念？
这个信念是否正确？
有什么证据能使我得出这个信念是错误的（正确的）这样的结论呢？
假如我没能做到自己认为必须要做到的事情，可能产生的最坏的结果是什么？
假如我没能做到自己认为必须要做到的事情，可能产生的最好的结果是什么？

③合理的自我分析（RSA）：合理的自我分析目的与上述作业相同，但是一种完全由来访者自己完成的报告。其内容即为 ABCDE 五项。没有什么特殊的要求与规定，但报告的重点在 D 上。事实上，这种自我分析人人都可以做。按合理情绪治疗的观点来看，人人都可能存在不同

笔记

程度的不合理的信念。如下文：

事件A：出席重要场合，突然发现已经晚了，顿时慌乱不已，抱怨自己无能。

情绪C：紧张、害怕、自责、沮丧。

信念B：①我怎么这么差，连时间都会搞错；②我总是把事情搞糟，真无用；③别人会认为我是大傻瓜；④在众目睽睽之下迟到，真是丢人现眼。

驳斥D：①人人都会出现记错时间的情况；②错过时间，只能说明我不够细心，并不能说明我无用，许多事情我是干得很不错的；③可能有人认为我真傻，但只是少数人如此，大多数人对我迟到持无所谓的态度；④迟到是不对的，别人可能对我表示不满，但这并非糟糕透顶。我继续工作。

效果E：通过自我辩论消除自责。

（二）贝克的认知疗法

贝克认知疗法的步骤包括：第一步，了解情况，建立治疗关系，向来访者说明认知治疗的原理和对他采取认知治疗的理由，调动当事人参与和配合干预的积极性，打破情绪→行为→思维→情绪的恶性循环。第二步，识别与检验自动负性想法。第三步，识别与盘诘功能失调性假设。第四步，布置作业或制定行为计划，以鼓励当事人进一步检验其原有假设，并巩固其新的功能性假设，使其思维模式和信息加工过程得以矫正。

1. 识别负性自动想法　通常是和患者讨论，一起练习识别负性自动想法，然后通过认知治疗日记等家庭作业发展患者的识别能力。引出负性自动思维的方法：回忆最近的一个具体事例、心理想象或角色扮演、在患者出现强烈情绪反应时询问、了解对某些事件的看法、记录每天心境的变化及自动思想。

（1）回忆最近的一个具体事例：当事人对事件有清楚的记忆，咨询师应请他详细说明当时的情境和情绪体验。可问："当时你想过什么？"，"那时你脑内有过什么想象吗？"，"在你最焦虑时你想可能会发生什么样最坏的事情？"要注意的是，当事人有时知道自己想法不合理，因而试图掩饰。如一位认为自己心脏出毛病的惊恐发作病人，问他"惊恐时你害怕什么时，他说："我以前以为自己有心脏病，不过医生保证我的。心脏正常，我现在就是担心、焦虑。"但是如果问："在惊恐发作的时候，你想可能会发生什么样最坏的事情？"他回答说："虽然医生那样说了，在发作时我确实相信我要发心脏病了。"

（2）用想象或角色扮演再现情绪体验：当直接询问不能引出自动想法时可用想象法，指导语为："看起来你好像不能准确记住那时发生了什么情况。你当时想什么？对这个问题，我们可以试试对那个情境进行详细的想象，然后让想象移动，好像你在看电影。现在你具体地想象那个情境，一旦你有了清楚的想象之后，请你简单地向我描绘一下你见到了什么，好吗？（当事人描绘情境）现在缓慢地使想象向前移动，注意你的感觉怎样？你的头脑里闪过什么想法？现在你见到些什么？在你的焦虑加重时你的头脑里想过什么？"

如果事件涉及人际相互作用，可以用角色扮演再现情绪体验。这种技术可以相当简单地引入会谈，如："假设我就是你的同事（或上级），你向我提出使用电脑的请求，遭到拒绝，此时你的感觉怎样？当时脑子里想过什么？"然后变换角色，再现当时情境和情绪体验，负性自动想法就容易显露出来了。

（3）会谈时人为引起当事人情绪改变：焦虑患者害怕自己会得脑血管病，咨询师画一个脑血管草图，来访者看图后很紧张。

咨询者：我画图时你想什么？

笔记

来访者：我想的就是这个。
咨询者：你想什么呢？
来访者：我想血出来了。
咨询者：有清楚的图像吗？
来访者：是的。
咨询者：你看图像时感觉如何？
来访者：可怕极了。
咨询者：你在这个想象之前感到紧张吗？
来访者：没有。
咨询者：那么，你有了这个想象后怎么会这样？
来访者：我一想到它，头就痛起来了。

这种方法对引出焦虑病人的负性自动想法十分有用，焦虑病人其时的想法均与危险有关，人为改变其情绪，其想法则能很快引出。

(4)当来访者否认有自动想法存在时，可请来访者说明他对事件的看法。如一位抑郁病人每次会谈时声称找不到任何自动想法，当问她心理治疗对她的意义时，她说："这说明我走下坡路的程度。我不应当要这类帮助，我应该能独自处理。"她的回答恰恰显示了负性想法。

(5)认知治疗记录：每日记录。

每日记录示例表

日期	情境	情绪	自动想法	合理回答
	a. 引起不愉快情绪的事件	a. 说明悲伤、焦虑等	a. 记下情绪之前产生的自动想法	a. 写下对自动想法的合理回答
	b. 引起不愉快情绪的思想、回忆	b. 评定情绪程度(1～100)	b. 评定对自动想法相信程度(0%～100%)	b. 评定对合理回答的相信程度(0%～100%)
3/8	他打电话说工作忙，不能来看我	悲伤90	"他不喜欢我了，再没有人喜欢我了"	他曾对我说过，这段时间工作很忙，等几天他会来看我的；即使他不喜欢我，也不等于"没有人再喜欢我"
7/8	拍照时手抖了，照片拍坏了	悲伤95	"我怎么总做不好事情，我太无能了"90%	偶然的失误难以避免，不能由此认定"什么事都做不好"95%

2. 检验负性自动想法 采取"协同检验(collaborative empiricism)"的方法，即医患协作把患者的负性自动想法当成一种假说加以检验。由于患者的负性想法或想象没有得到证据支持或面对相反的证据，患者的负性想法将会发生改变。检验负性自动想法的方法：

(1)言语盘问法：用系统而且敏锐的提问引导患者重新评估自己的思考，寻找比较积极和现实的替代想法。言语盘问法常用的问题：①这样想的证据是什么？②有无可供选择的其他不同看法？③这样想有什么好处和坏处？④这样想在逻辑上是否出了什么错误？

来访者：我的丈夫近几个月对我不好，他好像不再爱我了。
咨询者：您为这件事感到难过，是什么理由使您觉得他不爱您了呢？

来访者：他晚上回家就看电视，也不和我讲讲话，然后就上床睡觉。

咨询者：那么，有没有什么证据说明，他做过一些事和您现在认为“他不爱您”的想法相反呢？

来访者：我想不出，唔，上月过生日时他送了我一件礼物，一条很漂亮的项链。

咨询者：好，现在您怎样把这件事和不爱您的想法调和起来呢？

来访者：他那样做不是真的，不然，他晚上为什么会那样呢？

咨询者：您的想法是一种可能，有没有其他可能的理由呢？

来访者：最近他工作很重，大多数晚上回家很迟，他很累，这可能也是一个理由。

咨询者：这很可能，不是吗？如果真的是这样，您又觉得如何呢？

来访者：我可以问问他是否累？工作进行得如何？但我没有这样做，就是生气。

咨询者：这个主意不错，您把它作为一个星期的家庭作业如何？

(2)行为实验：通过医患协作的方式设计一种行为作业，以检验患者负性想法（预测）的真实性，这是促进患者改变信念的最有效方法。做法上首先要明确什么是需要检验的想法，回顾反对与支持的证据，然后共同设计一种行为作业，以无丧失方式，鼓励患者实施。主因患者1月后进行在职研究生考试复习，但无法静下心来，认为自己一定考不好。

咨询者：（问其妻）您觉得他现在能不能参加考试？

其妻：恐怕不行。

咨询者：有没有补救办法呢？

其妻：导师说如果这次不能通过，可以破例让他几个月后重考。

咨询者：这说明如果这次考得不行，还有机会。假定您不复习去考试，估计能考多少分？

来访者：恐怕只有50～60分。

咨询者：我的想法和你们有点不同。您不妨去参加这次考试。轻松一些，能复习多少就复习多少。如考试过了，说明您的知识掌握得不错。如果考不好，也不要紧，因为还有机会再考。即使考不好，也可以让您了解自己的能力受到抑郁症的影响程度。我们就把这次考试当作检验，好不好？

患者后来通过了考试，情绪也跟着明显好转。

3. 识别功能失调性假设 功能失调性假设是派生负性自动想法的基础，如果不予识别与矫正，情绪障碍就不能认为已从根本上解决。识别功能失调性假设常常需要采取推论的方法，这是因为，它们是未予表达的一般性规则。常使用下列线索：

(1)查找负性自动想法的主题：对于病人所做的认知治疗日记（功能失调性想法日记）要重视利用，查找其中经常出现的想法的主题。

(2)逻辑错误：负性自动想法所表现的逻辑错误，也可反映出功能失调性假设中的错误。如绝对性思考：“假如我们再有争执，我就只好和他分手”（想法）；“假如我不能和他完全一致，就毫无理由同他建立友好关系”（假设）

(3)箭头向下法（downward arrow）：这是识别潜在功能失调性假设的一种常用技术，医生通过反复提出“假如那是真的，对您意味着什么”的问题，追索想法背后的一般信念。一位患抑郁症的老师提到上课时因为准备不足，讲得比较零乱，觉得这次上课太糟了，因而抑郁、自责。情境：一次上课时讲解缺乏条理，同学不注意听讲。情绪：自责、抑郁、焦虑。想法：这次上课太糟了，从来没有过。

笔记

咨询者:假使真的没有讲好,意味着什么呢?

来访者:学生就学不到知识。

咨询者:假如他们真的没有学到知识,意味着什么呢?

来访者:我的工作做得不好。

咨询者:假使您的工作没有做好,又怎么样呢?

来访者:我是一个不称职的教师。

咨询者:假使您是一个不称职的教师,又怎么样呢?

来访者:迟早会被人发觉。

咨询者:发觉是什么意思?

来访者:大家都知道我不行,会看不起我,说明我现在的优秀教师是假的。如果我是优秀的,应当把每一项教学工作做得很出色。

根据上述盘问追根,可以了解,患者认为优秀的教师必须全面成功,不能有一点过失。这种假设导致患者对自己过高的期望,对过失或缺点的过分敏感,成为对自己负性评价倾向的基础。

4. 盘诘功能失调性假设 潜在的功能失调性假设是抑郁或焦虑病人的一种易患倾向,一旦为某种严峻生活事件激活,即可派生出大量负性自动想法,伴随出现抑郁或焦虑症状。认知治疗时除了对付负性自动想法以改善情绪外,还应改变潜在的功能失调性假设,只有这样才能减少复发的危险。盘诘功能失调性假设常用问题:①假设在什么方面是不合理的?②假设在什么方面是无用的?③假设从何而来?④什么是比较合适的替代?一位患者认为向人求助表示自己无能,他的行为规则是"我应该自己处理一切事情,在任何情况下也不要向别人要求帮助"。经过认知治疗找到了一种比较现实的替代:能独自处理问题是好的,但要自己在任何情况下都独自处理是不合适的,我是一个人,像其他人一样有时是需要帮助的。所以,如果自己能独自处理的就自己做,如果不能独自做好的就去争取一切可能的帮助。找到了合适的替代假设后,可写在卡片上或日记本上,反复阅读,使之成为支配自己行为的准则,形成新的行为习惯。

(1)设计活动安排表:帮助当事人以小时为单位安排一天的活动,如锻炼、早餐、会朋友、午休、读报等等,鼓励他坚持按计划完成,并将完成情况加以记录,这可促使他进入活动状态,还为评定活动积累了事实材料。

(2)进行行为评定:帮助当事人对每天执行和完成活动的胜任感和满意感、活动的难度进行自我观察,并及时进行记录和自我评定。这种观察和评定能直接冲击当事人原有的认知体系和认知行为的逻辑序列。

(3)布置作业:作业亦即行为计划,即根据当事人的能力和现实情况,有目的地设计一些活动,要求当事人努力完成(通常在作业布置之初,可要求当事人作想象性演练,即想象作业完成的可能性及其引起的情绪感受。当事人通常倾向于想像作业难以完成,其情绪结果是很糟糕)。然后,将活动分解为一个个小单元,鼓励、指导当事人一步一步地、一个单元一个单元地完成活动,以检验其原有假设的不合理性。

三、认知治疗适应证

理性情绪疗法适应证为抑郁症、焦虑症、恐怖症,特别是社交恐怖症。贝克的认知疗法适应证则包括抑郁症、广泛焦虑障碍、惊恐障碍、社交恐怖、物质滥用、进食障碍、配偶问题、住院抑郁患者。

笔记

理性情绪疗法与贝克认知疗法相同之处在于贝克的认知疗法与理性行为疗法对事实的验证都采用高度的结构性，使当事人在经验层次上能逐渐了解自己对于真实的情境所做的错误的解释。而不同之处是理性情绪疗法往往相当具有指导性、说理性与面质性；相反的，贝克强调苏格拉底式的对话，强调协助当事人自己去发现错误观念，并比合理情绪疗法更具结构性。

（关念红）

第四节　以人为中心疗法

一、概　　况

以人为中心疗法是人本主义心理治疗的主要流派之一，由美国心理学家卡尔·罗杰斯（C. R. Rogers）创立。从上世纪40、50年代到70年代，罗杰斯式的心理治疗经历了发展变化的过程。最初的他把自己的治疗方法称为"非指导性治疗"，50年代又称为"来访者中心疗法"（client-centered therapy），70年代后定为"以人为中心的治疗（person centered psychotherapy）"。罗杰斯是一位专心于心理治疗实践的人，他追求的是做一个帮助别人的人而不是成为一个理论建构者。罗杰斯的理论和工作成为心理咨询和心理治疗的一个结合点，在此以前心理治疗多由精神科医生来做，在此以后非医学背景的人士也可以参加心理咨询工作。

二、方　　法

以人为中心疗法的治疗观与罗杰斯的人本主义心理学思想紧密相连。罗杰斯认为人基本上是生活在自己的主观世界中的，人有一种与生俱来的自我成长倾向。在适宜的环境下，人具有积极的成长的潜能，能自我探索，发现自己自我概念中的问题，有能力指导、调整和控制自己。他认为个体的心理问题是因为成长受阻造成的。在个体成长过程中，由于他人（如父母）对个体施加了种种价值条件，导致自我概念与自我经验不一致，迫使其歪曲了自我的真实感觉，行为和真实的情感之间日趋分离，焦虑、抑郁等问题就此发生，自我的需要未能实现，自我成长受到阻抑，成长过程也就停止。因此，治疗要以来访者为中心，创造一个使来访者自我发现、自我成长的环境和氛围，向来访者提供重新开始成长的机会和自由表达的空间，帮助来访者认识、理解、正视自己真实的情绪和需求，启发其潜能的释放，使之从否定自己的情绪或需求的状态转而接受自己，并依靠自身的成长、成熟战胜不良的情绪、行为。

以人为中心疗法的实施必须满足如下条件：第一，来访者必须能与一位治疗者联系；第二，来访者必须感知到治疗者身上所具备的这种品质；第三，来访者与治疗者的联系必须持续一段时间。罗杰斯认为，心理治疗是一种过程而不是一套技术，只要治疗者营造一个真诚、积极关注和共情的氛围，形成来访者产生变化的"必要条件和充分条件"，就能使其认识、理解自己的问题并开始自我成长和改变。

（一）治疗的条件和氛围

1. 真诚一致（congruence）　首先，治疗者必须是一个真诚一致的人，这是是治疗的最基本条件。罗杰斯这样描述真诚一致：

> 在我与他人的人际关系中，我发现，当我真的生气和不满意时，我的行动却假装平静和愉快是无济于事的，当我的行为表现出我接纳某个人时，而在内心我觉得应该拒绝他，这是没有任何帮助的。

治疗者对来访者的关系越真诚，他的帮助就越大。真诚的治疗者不是一个仁慈友好的人，

笔记

而且是一个有欢乐、愤怒、挫折、矛盾等各种情感的完整的人。在治疗关系中，当治疗者经验这些情感时，他既不否认，也不歪曲这些情感，而是让它们自然地流入意识并且随意地表达出来。治疗者越是他自己，越是不戴专业面具或个人面具，来访者能够体会到治疗者是毫无保留的，便会对他产生信任感，来访者就越有可能发生建设性的改变和成长。

2. 无条件积极关注(unconditional positive regard) 积极关注是指被别人喜欢、珍重或认可的需要。无条件积极关注是指治疗者要毫无保留地接受来访者，完全接受来访者的是非标准和价值判断，即使其说出一些“不可能被别人接受”的观点或行为，也能得到治疗者的积极关注。这样，来访者就会感受到一个安全的谈话氛围，一旦治疗者提供了一个安全的关系氛围并鼓励来访者展开自我探索，就能促进来访者的个性改变，形成自我成长的自然过程。

3. 共情(empathy)**或设身处地的理解** 共情是指治疗者能将心比心、设身处地地理解来访者，正确地体验到来访者的情绪感受并能与来访者交流，使来访者知道有另外一个人不带成见、偏见和评价地进入他的感情世界中来。在以人为中心疗法中，共情是一个不断回应来访者，不断深入并产生治疗效果的过程：首先，治疗者先要觉察和理解来访者内心的情绪、烦恼；接着，治疗者产生了内在的体验，感受到了来访者的痛苦、烦恼，进一步弄清了来访者是什么样的情绪和烦恼，对来访者的情感、思想产生了更丰富的理解；最后，重要的是在共情过程中治疗者怎么做，怎样回应和引导来访者从而产生治疗作用。在罗杰斯的案例中，治疗者不断的回应，在回应过程中越来越理解来访者的情感和烦恼，此时治疗往往有多个方向，治疗者是通过回应引导治疗方向的，比如引导其接纳自己的情绪感受，从而减少防御，自己成为自身情绪或症状的主人；或在回应中引导来访者走向发挥潜能，实现自我的方向等。

以人为中心疗法的目的是帮助来访者在治疗中成为他自己。罗杰斯在《成为一个人》一书中写道：“即在复杂的现实生活中，我越是单纯地希望成为我自己，越是希望能够理解和接纳我自己以及他人的内在真实，也就越有可能激发较多的变化——如果我们每个人都愿意做真实的自己，与这个愿望的程度相等，他会发现不仅仅是他自己在变化；而且与他有关系的人也会发生变化。”这种个人形成的过程意味着个体越来越深入他的社会角色面具背后，充分体验他各种复杂甚至矛盾的真实存在的情感，从而个体变得“对经验开放”，“信任自己的有机体”，“形成内在评价源”。这样的一个过程好像是一个和自己的内在经验日益亲密的过程。通过治疗者的真诚一致、无条件地积极关怀，尤其是共情的态度和行为，来访者实现了和自己的日益亲密，从而越来越整合。

(二) 治疗过程

假如存在治疗者的真诚一致、无条件积极关注和共情地理解，治疗变化的过程就会发生。罗杰斯把治疗的变化分为七个阶段：

第一个阶段的特点，此时来访者还不愿意把有关自己的任何事情与别人沟通。处于这个阶段的来访者通常不要求别人的帮助。如果他们因某种原因跑来求医，他们也是刻板僵化，抗拒改变。他们认识不到自己有什么问题，而且拒绝承认有任何个人的感情和情绪的干扰。

第二个阶段，刻板僵化状态有所松转。可以和来访者讨论外界发生的事情，也可以谈论别的人。但是对自己的感情则仍然不认识或不承认。来访者可能把这些个人感情当作客观现象来讨论。

第三个阶段，来访者可以自由的谈论自己的事，单纯是把这些事当作客观对象。如“我在工作中已经尽力而为，但是我的上级还是不喜欢我”。各种感情和情绪总是用过去时态或将来时态来谈论。对现在的感情则避而不谈，所有情绪似乎都于此时此地的情绪不搭界。

第四个阶段，来访者开始谈论深层的感情，但不是一些当前体验到的感情。例如，“当老师说我做弊时，我真是气坏了”。此时，来访者虽然对当前能够体会到的情绪有一些模糊的认识，但是绝大部分的经验受到否认或歪曲。来访者开始对某些外界管束的价值标准提出疑问，并开始承认自我与经验之间都存在着不协调。

笔记

第五个阶段，开始出现明显的改变和成长。来访者开始谈论自己当前的感情，但还不能正确地符号化。来访者开始根据来自内部的标准评价自己的感情，其感情有了更大的分化，更能区别这些感情的细微差别。自由选择、自我负责对来访者来回说越来越显得重要。

第六个阶段的特点是来访者身上发生了重大的变化、成长。原来被否定和歪曲的经验现在更加自由地进入意识中，更加深入和充分地体验到当前的感情。来访者变得更加协调一致，真实和诚恳。来访者被经验为一个完整的个体，肌肉放松，眼泪自然流出，循环系统有了改善。许多生理症状消失，如不再头痛和皮肤瘙痒，胃肠道功能好转，女性月经正常等。

第七个阶段可以不再需要治疗性谈话。来访者可以把治疗室中概括的经验带到现实世界中，不再需要治疗者。来访者已能在任何时候都对独立自主和深入体验自己的全部经验充满信心。

治疗的结果，是来访者变成了一个较少防御性和更多对经验抱着开发态度、协调一致的人；一个对自我有更清晰的认识，也更加现实的人。

三、适应证与评价

以人为中心疗法适用于治疗有某中心理问题的正常人或轻度心理障碍患者，如人际关系问题，个人成长发展问题、社会适应不良、某些神经症的患者。以人为中心疗法对心理治疗领域的一个主要贡献是令人信服地提炼出良好的治疗关系是治疗变化的要素，这已经成为现代治疗实践的共同基础。我们相信来访者具有自我指导能力和自我负责能力，只要治疗者怀有这样的信念去对待来访者，这种氛围就会创造一种推动的力量，推动来访者发生改变。以人为中心疗法特别强调治疗者本人的人格和态度的作用，而不是方法技巧的作用。另外，在医学诊断方面，来访者中心疗法不主张对障碍进行分类，有排斥诊断和评估的倾向，这可能妨碍了其在临床实践中的应用。

（傅文青）

第五节　森田疗法

一、概　　况

森田疗法（Morita Therapy）是由日本森田正马教授（1874—1938）从他亲身的神经症体验和多年的医疗实践中总结出来的。从1919年以来，一直应用于临床，并受到国际上的高度评价。现简介其内容。

（一）神经质

森田在表达神经症时不使用神经症概念，而采用神经质。按其症状分为三种：普通神经质（所谓神经衰弱）；强迫观念症（包括恐怖症）；发作性神经症（焦虑症）。他认为神经质的性格特征是精神内向、内省力很强、理智、有疑病倾向，这种倾向任何人都有，而这种倾向强烈者才是神经质。

（二）疑病性素质

森田认为，神经症发生的基础是疑病素质。所谓疑病素质是指对自己的心身过分担心，特别敏感。在某种情况下，把任何人都常有的感受、情绪、想法过分的认为是病态，并对之苦恼、关注。其实人人都会有不适体验，神经质的人只不过是感觉过强而已。森田认为神经质是一种先天性素质，是一种侧重于自我内省的疑病素质。

（三）生的欲望和死亡恐怖

森田认为神经质的人“生的欲望”过分强烈，他所指的生的欲望包括希望健康的生活、更好

笔记

的生活、被人尊重、希望成为伟大的人、向上发展等。由于神经质的人生的欲望非常强烈，所以死的恐怖也非常强烈，形成生与死的矛盾观念。其表现是怕失败，怕疾病，怕种种有价值的东西失去等，可以说这是神经质者所特有的心理病理学基础。

（四）精神交互作用与思想矛盾

精神交互作用是指因某种感觉偶尔引起对它的注意集中和指向，那么，这种感觉就会变得敏锐起来，而这一敏锐的感觉又会更加吸引注意力，进一步固着于这种感觉，感觉与注意交互作用彼此促进，致使该感觉越发强大起来，对这种精神活动过程称为精神交互作用。例如神经性头痛，由于过劳紧张头部不适而使本人在意此症状，注意与感觉的相互作用越发引起敏感。即便是过劳或紧张状态早已消除，由于预期恐怖引起的注意固着状态，会遗留下痛苦的感觉，形成习惯性头痛。

思想矛盾即心理冲突，主要指应该如此和事实如此之间的矛盾。是理想与现实之间的冲突。这里的事实也包括自身的自然现象，例如从理智上认识到世界上是没有鬼的，但夜间走过坟地照样会感到害怕恐惧，所以单靠理智上的理解是不成的，如果企图用理性来克服这样恐怖便会造成思想矛盾即心理冲突。

二、方　　法

森田疗法的重点在于陶冶疑病性素质，打破精神交互作用，消除思想矛盾。其治疗原则可概括为如下两点。

（一）顺其自然的治疗原则

他曾肯定地指出："对神经质的治疗，听其自然好了，听其自然以外没有别的办法，必须听其自然。"顺其自然的主要含义是：病人要老老实实地接受症状的存在及与之相伴随的苦恼焦虑，认识到对它抵抗或用任何手段回避、压制都是徒劳的：

（二）为所当为的治疗原则

病人要靠原来就存在的求生愿望进行建设性的活动，即一面接受症状的现状不予抵抗，一面进行正常工作和学习活动。总的来说，是要病人不把症状（躯体的、精神的）当做身心的异物，对它不加排除和压抑。这样就破除了精神交互作用，症状也因而减轻以至消失。

（三）治疗方法

1. 住院式森田疗法　森田疗法的基本方法是住院治疗，分为四期治疗：绝对卧床期，轻作业期，重作业期，生活训练期。在让患者接受森田疗法之前，首先向患者简要地介绍森田疗法的治疗程序，以消除患者的顾虑，增加患者自信，取得良好合作。住院森田疗法要求单人房间，环境安静优雅。

【第一期】

第一期为绝对卧床期，要把患者隔离起来，禁止患者与他人会面、禁止谈话、看书、听收音机、看电视、吸烟及其他娱乐活动。除进食、洗漱、大小便以外几乎绝对卧床。其主要目的是使患者体验到只要让烦恼任其自然，那么烦闷和痛苦就会逐渐消失。

一般情况下，最初情绪可暂时安定，随着绝对卧床时间的延长，会出现各种想法，产生静卧难以忍受的状态。继而病人还会出现一种无聊的感觉，总想起来干点什么的愿望。这就是无聊期。这就是森田先生所说的"烦闷即解脱"的理论。

绝对卧床期为3～7天；一周没有效果的，可延长至10天或2周。森田认为绝对卧床期对失眠、焦虑和苦闷的病人有明显疗效。

【第二期】

第二期为轻作业期，同样禁止交际、谈话、外出，每日卧床时间限制在7～8小时，但白天一定到户外接触空气和阳光。此期开始写日记。此期主要是促进患者心身的自发活动，患者为了

笔记

个人健康，越来越渴望参加较重的劳动，以此为标准转入第三期。

轻作业期一般为1周左右。此期可以做一些轻微的活动和劳动。要求病人每晚写治疗日记。轻作业期一开始，患者体验到一种从无聊中解放出来的愉快情绪。由于患者解除了对症状的关注，症状的感觉减轻、对劳动等行动越来越感到兴趣，渴望得到较多较重的工作。

【第三期】

第三期为重作业期。让患者可随意选择各种重体力劳动，如拉锯、田间劳动、庭院劳动、手工等等的工作。与此同时加上读书的内容。此期主要指导患者在不知不觉中养成对工作的持久耐力。有了自信心的同时，使患者反复体验对工作成功的喜悦，以培养其勇气，唤起对工作的兴趣，培养忍耐力。学会对症状置之不理，进一步将精神能量转向外部世界。在强化外在行为的同时理解人类心理的自然状态。此期1～2周为宜。

【第四期】

第四期为生活训练期（社会回归期）。此期进行适应外界变化的训练。允许回到原单位或在医院参加某些较为复杂的工作，晚上回到病房，坚持记日记。使患者在工作、学习、人际交往及实践中进一步体验顺应自然的原则，为回归社会做好准备。生活训练期为1～2周。

2. 门诊式森田疗法　森田疗法的治疗原则是“任其自然地接受情绪，把应该做的事作为真正的目的和行动的准则”。即所谓的“顺其自然”。就是说对情绪或症状任其自然，无论怎样都要像健康人那样去行动是最重要的。门诊治疗也让患者写日记，医生用评语进行指导。日记上不主张诉说主观的苦恼，仅叙述每天良好的生活体验和认知体验。门诊可以通信治疗，生活指导，安排训练计划等，都会获得充分的效果。也有仅读森田疗法科普书籍而治愈的患者。

三、适应证与评价

森田疗法适用的年龄为15～40岁。多以住院为主，门诊治疗只适用于轻症。森田疗法的适应证包括强迫症、疑病性神经症、焦虑性神经症和自主神经功能紊乱。抑郁神经症最好结合药物治疗。神经症症状是多种多样的，不一一列举。只要灵活运用森田原理，就可以收到良好的治疗效果。

森田疗法也有其自身的局限性，例如，由于森田疗法不进行心理分析，所以对于人格障碍或深层次创伤的来访者是不适用的。此外，有许多来访者由于无法忍受治疗期间的痛苦而放弃治疗。

（杜玉凤）

第六节　暗示和催眠疗法

一、暗示疗法

（一）概况

暗示疗法（suggestion therapy）是指治疗师有意识的使用暗示去影响或改变个体的行为，以消除或减轻疾病症状的方法。暗示治疗是最古老的助人方法之一，宗教仪式、念咒语从某种意义上说也属于暗示治疗。因为它们通过情景氛围或言语让人们不加批判地接受它们所要传递的信息，从而对自己的观念、行为产生影响。许多研究表明暗示的确可引起人的生理和心理变化，但暗示治疗对疾病产生治疗作用的机制尚不完全清楚。

每个人都具有一定的可暗示性。但接受暗示的能力有所不同。它取决于发出暗示和接受暗示双方各自的智力、体力、职业能力、社会地位、年龄等多种因素。对暗示治疗来说，接受暗示的条件一是患者对暗示的敏感性；二是治疗师的权威性。暗示的敏感性可因个体高级神经活动

笔记

的特点和人格特征而异。治疗师的权威性则由于其知识、能力、地位等对患者来说是天然的。暗示的敏感性和权威性是相互影响的,它们使暗示在人们不知不觉中产生作用。

人具有接受暗示的能力,同时也具有反暗示的能力。一般来说,人的可暗示性有三道防线。一是逻辑防线,对于它印象上认为不合逻辑动因的,一概挡驾;二是感情防线,对于不能够达到创造信任感和安全感的一律挡驾;三是伦理防线,凡是与个人道德原则相矛盾的暗示不能被接受。所以暗示疗法不是要突破这三道防线,而是要与它们协调,引起心理上的共鸣。

(二)方法

暗示治疗可利用的方法很多,有随意性暗示("你可以")和命令性暗示("你必须");肯定暗示("感觉良好")和否定暗示("不会头痛");直接暗示和间接暗示;言语暗示和非言语暗示等。暗示治疗既可在催眠状态进行,也可在觉醒状态进行。觉醒状态的暗示又可分为自我暗示和他人暗示。然而不管采用什么暗示治疗,都要依据暗示心理原理实施。因此暗示治疗应注意以下几条原理:

1. 建立和谐与合作的关系 这是暗示有效的重要前提。以温暖、理解、关心和尊重的方式与患者相处会减弱防御并产生暗示所需的信任气氛。治疗师行为举止要自信,慎用"也许"、"可能"、"大概"等让患者感觉你缺乏自信的词。

2. 重复暗示 多次重复是暗示的经典原理。反复集中注意于一个目标或想法,它就趋于实现。

3. 反作用定律 主要针对暗示产生的生理效应。指个人越是有意识地努力做某件事就越难获得成功。因此,暗示应强调想象而不是求助意志来引起治疗变化。

4. 支配效应定律 强烈的情绪倾向往往比微弱的情绪有优先权。因此,把暗示与优势情绪相联系会更有效。治疗师通过讨论患者期望的目标激发患者接受暗示的动机,采用"苏格拉底法"诱导患者形成心理上的接受定势或紧张和期望状态,将患者产生强烈的情绪与暗示联系起来。

5. 个体化原理 暗示治疗要考虑患者的自我概念、人格、价值观、兴趣和爱好等因素,灵活运用暗示。例如,暗示时,把患者的语言融入暗示中,让患者感觉这些观念更相容、更适宜,产生深刻持久的印象。灵活运用表示完全接受患者所发生的一切,然后使用、替换并改造这些事情的重要性。例如,患者以疲倦的方式打哈欠,治疗师可以说:"你是否注意到,哈欠过后你的全身如何更放松?"

二、催眠疗法

(一)概况

催眠疗法(hypnosis therapy)是运用暗示的方法使患者进入一种特殊的意识状态,控制患者的心身活动,从而解除和治疗患者的心身问题的心理疗法。处于催眠状态的人暗示性会明显提高,此时,患者与医生保持密切的感应关系,会不加批判的接受医生的暗示指令,从而达到治疗的目的。催眠疗法作为一种治病技术,可以追溯到远古时代。那时僧侣治病,主要靠催眠和语言暗示。在心理学历史上,最早施行催眠疗法的是奥地利医生麦斯麦(Franz Anton Mesmer,1734—1815)。他设计了著名的磁气桶装置,向病人输送磁气,达到治病的目的。19 世纪上半叶,英国的 Braid(1795—1860)提出催眠是一种人为引发的睡眠状态。因此,他借用希腊语 Hypnus(睡眠)的含义,创建了催眠术(Hypnotism)一词。

催眠疗法现在广泛地运用于医疗和心理治疗。实验室和临床研究证明它在控制疼痛、消除恐慌和改变不利健康的生活习惯等方面有不同凡响的疗效。催眠为什么会产生如此效果?许多学者从心理学、生理学的角度提出许多理论假说。心理学方面的解释,有南锡学派的暗示说,即催眠是受暗示而产生的一种现象。还有 Charcot 医生的病理性神经活动的产物说,即催眠是

笔记

人为地诱发患者的歇斯底里发作状态。精神分析对催眠的解释是一种精神倒退的表现。Ernest Higard 提出，催眠是一种分离现象，是不能进入意识的一个意识过程。巴甫洛夫认为，催眠是一种条件反射。当个体置身于与睡眠相似的情境中就会出现与睡眠类似的反应。至于催眠与睡眠的区别就在于前者的高级神经中枢是一种选择性抑制，而后者是弥漫性抑制状态。

催眠看起来像睡眠，但其脑电图（EEG）模式却不同于睡眠的任何一个阶段。被催眠的人大脑始终保持清醒，只是正常的计划功能下降，精神高度集中，注意有高度选择性，他们对外界刺激不反应，但对催眠师的一切要求，包括言语暗示都极端敏感。被催眠的人很容易做到角色扮演，往往沉浸在暗示给他的角色中。催眠之所以能够成为一种治疗技术，某些学者认为：第一，催眠与自然睡眠一样，是大脑的保护性抑制，是神经系统得到休息并恢复其张力的一种重要方法。第二，催眠通过激活或关闭特定的脑区，对整合信息进行筛选和解释，使机体接受催眠师提供的信息，从而达到改变认知和消除疾病的目的。

（二）方法

一般说，催眠疗效如何在很大程度上取决于患者的催眠感受性。催眠感受性是指受术者对催眠暗示性刺激量的敏感程度或者进入催眠状态的难易程度。容易进入催眠状态者，其催眠感受性强，反之则低。掌握受术者的催眠感受性是催眠师成功的主要秘诀，也只有在施术前了解影响催眠感受性的各种因素，才能因人施治。研究表明大约有 10% ~15% 的成年人容易接受催眠，而 20% 的人不易受催眠暗示的影响。其他的人则介于两者之间。一般爱幻想、空想、容易被任务吸引的人是催眠的理想人选。确定患者的催眠感受性有很多方法，可用测量催眠感受性的标准化量表，也可采用嗅觉检验法、后倒法、注视转睛法、闭眼法、躯体摇摆法等操作。催眠师可以根据自己的需要或习惯选择。催眠治疗的环境要求安静、温暖、光线比较昏暗、陈设简洁。诱导催眠的方法很多，譬如放松法、凝视法、倾听法、抚摩法、观念运动等，催眠师选用何种方法，要考虑患者的人格特征。不管采用什么诱导方法，催眠师通常从描述患者正在进行的行为开始，以便让患者产生一种控制的印象。然后催眠师可能鼓励他希望的行为，以便诱发一种改变状态。诱导的实质是从描述转向暗示。

催眠治疗成效如何在于患者的参与。首先，患者的兴趣、爱好、建议以及他们认为最有效的方法是你必须掌握的。因为你的催眠风格与患者的期望是否一致决定催眠的成功率。其次，你可以用点头、手指意念致动或漂浮感这些形式获得患者非语言反馈，作为监测进步的信号。例如，催眠师暗示"如果你的无意识心理愿意接受这个观念，你的"是"的手指会漂起来向我示意"。以这种方式你能够确定暗示的接受性以及是否存在阻抗。最后，有些信息不能通过非言语反应传达，要求患者在催眠状态中与催眠师进行言语上的交流。为了防止言语会"减弱"催眠程度，可以使用暗示减少对催眠程度的"减弱"。例如，你暗示："你可以在催眠状态中说话，正如你晚上梦中说话一样不会醒来"。

催眠治疗即将结束要将患者唤醒。唤醒的过程要按程序进行，首先要强化治疗时给予的关键性暗示，然后解除对机体的静止状态的暗示，再给予醒后身心愉快的暗示。常用的唤醒方法有计数法、拍手暗示法、敲钟法、定时法等。患者清醒后，要与他进行谈话，了解他对催眠治疗的感受，检查催眠中给予的暗示信息是否起作用，唤醒前注意的事情是否已经注意了。

（三）适应证

催眠治疗是一种经济而行之有效的心理疗法，主要用于治疗各种神经症（如抑郁症、焦虑症、社交恐怖症、恐高症、癔症、失眠症等）、心身疾病、功能性疼痛、性功能障碍、心因性遗忘及嗜烟酒等不良行为。催眠疗法既可独立使用，也可与其他心理疗法联合使用。不但可以用于临床，也可以用于非临床，如改善个人的记忆力等。

（杜玉凤）

笔记

第七节 家庭治疗

一、概况

（一）概念及发展简史

家庭治疗（family therapy）是以家庭为干预单位，通过会谈、行为作业及其他非言语技术消除心理病理现象，促进个体和家庭系统功能的一类心理治疗方法。

家庭治疗在上个世纪50年代起源于美国。先锋人物多数是精神科医师、精神分析治疗师，另外也有文化人类学家、心理学家、社会工作者、传播学者。他们有不同的研究角度，对家庭结构、功能或家庭动力学提出不同的理论阐述，发展了各自的治疗方法。到了60年代以后，家庭治疗成为实力强大的心理治疗领域，并向北美以外的国家和地区扩散。进入21世纪以来，家庭治疗仍在不断进步和发展，各种流派的界限日益模糊，趋向于融合，包括吸纳、结合家庭治疗以外的其他心理治疗的理论和方法。他们的共同点是，将家庭作为整体的系统进行观察和干预。同时，家庭治疗体现的系统思想也影响了个别治疗、团体治疗、心理治疗督导，甚至还被管理学领域高度重视，用于医院管理、企业等员工辅助计划（employees' assistance program，EAP）、高管人员心理教练（coaching，客卿）等工作中。也就是说，治疗师不一定要在面对家庭时才应用系统理论和方法。所以，近年有人用“系统干预”（systemic intervention）概念来指称所有应用系统理论、方法进行心理干预的临床实践。

1988年，系统家庭治疗由德国的史第尔林（H. Stierlin）和西蒙（F. B. Simon）正式传授到中国。随后，结构式家庭治疗、叙事治疗等流派也得到传播。

中国家庭近几十年来一直处于急剧变化之中，与婚姻、家庭、亲子关系相关的问题既有与其他文化群体相似的共性，又有独特性，在个人社会生活和心理健康方面发挥着重大的影响。所以，家庭治疗在中国得到了越来越广的应用。

（二）理论要点

1. 系统的概念 自我组织、自我生产、自我修复、自我复制着的生存单元。不仅指由物理、化学过程构成的生命体，也包括由交流、互动构成的社会系统，社会系统内各个成员之间的相互交流，以及由这些交流所引发的生理心理过程及其后果，如思维、情感及相应的神经递质改变，以及精神障碍、心身疾病。

2. “系统（式）思维”（systemic thinking） 是指一种观察、描述的方法。从某成员与其他成员的关系出发，而非由内因，来解释其行为。系统式的观察方法总要把个体行为与一种具体情境和整个观察框架联系在一起。这种情境不仅对理解患者的行为非常重要，对于观察、反思医患关系，以及评估医疗干预的作用和副作用也同样如此。

3. 索引患者（index patient，IP） 也可称为“被确认患者”（identified patient）呈现的问题是家庭成员相互作用的结果，家庭本身才是“病人”——问题系统。改变病态现象不能单从治疗个人成员着手，而应以整个家庭系统为对象，通过会谈和行为作业传达信息，以影响家庭结构、交流和认知特点（家庭认识论），改善人际关系。

家庭治疗的系统思维充分体现新医学模式，强调心与身、人与环境的统一。其优点在于：①整体观念，多层次、全方位看问题，避免片面性；②价值取向从病理心理学到积极心理学，避免缺陷取向、求全责备、苛求完美、悲观主义；既把家庭当做人生幸福的港湾，又重视其在异常心理发生中的病理意义；③关注范围从个体心理健康扩展到人际系统心理健康，从心理动力学到家庭动力学；④发展观，避免静止看问题、只看横断面的问题、只看既往的或既有的问题；⑤工作重心从矫治缺陷到动员、发展资源，重视预防与康复。

笔记

二、方　　法

（一）一般治疗程序

1. 澄清转诊背景　了解不同家庭成员对 IP 当前问题的定义和解释；对于本次求助的看法，本次来诊治的动机、期待；既往求助的经历及主要结果；由什么渠道、什么人转诊而来。

2. 观察、诊断家庭动力学特征

（1）了解家庭的交互作用模式，如：家庭成员间相互交流的方式与倾向；等级、权力结构及代际界限；家庭与外部世界的关系，等等。

（2）家庭的社会文化背景。

（3）家庭在其生活周期中的位置，如子女成年，离家求学、就业、成婚，父母出现"空巢综合征"。

（4）家庭的代际结构：夫妻源家庭的结构，夫妻在各自原来家庭中的地位与体验；目前家庭的结构与交流受源家庭代际关系影响的程度；夫方或妻方是否有经历几代而下传的特点，以及是否在当前家庭中"复制"这些特点并对子女发生影响。

（5）家庭对"问题"起到的作用：家庭与"症状"或"问题"的减轻或加重有何关系；在问题的消长变化中，家庭起到了什么作用等。

（6）家庭解决当前问题的方法和技术：家庭成员针对问题或矛盾冲突时采用的方法、策略及其效能；是否存在不适当的防御机制或投射过程。

（7）绘制家谱图：采用家庭中三代人的结构、关系示意图，从生物、心理和社会几方面提供信息，并用于建立治疗关系、规划治疗、评价效果等。

3. 规划治疗目标与任务　引起家庭系统的变化，创造新的交互作用方式，促进个人与家庭的成长。

（1）打破不适当的，使问题或症状维持、慢性化的"恶性循环"因果环路，建立适应良好的反馈联系，以使症状消除；

（2）重建家庭互动规则，消除家庭中回避冲突惯常机制，引入良好的应付方式，改善代际关系与家庭成员间的相互交流。

（3）引发家庭中可见的行为变化，而非着力于对问题的领悟。

（4）提高解决问题、应付挑战的能力。给"问题"家庭提供新的思路新的选择，发掘和扩展家庭的内在资源。

4. 治疗的时间安排　系统家庭治疗是"长间隔的短程治疗"。治疗师每隔一段时间，与来诊家庭中的成员一起座谈。每次历时 60～90 分钟。两次会谈间隔时间开始较短，一般二周左右，以后可逐步延长至一月或数月。总访谈次数一般在 6 到 12 次。超过 12 次仍未见效时，应检查治疗计划并重新确定该家庭是否适合此种形式的治疗。总时间长度一般在 6 到 8 个月内。若仅仅以解决症状为主，治疗需时较短；若希望重新塑造家庭系统，则需要加长疗程。

5. 终止治疗　通过一系列的家庭访谈和治疗性作业，如果家庭已经建立起合适的结构，成员间的交流已趋明晰而直接，形成共识，发展了新的有效的应付机制或解决问题的技术，家庭内的凝聚力、成员中独立自主的能力得到了完善和发展，或是维持问题（症状）的动态平衡已被打破，即可结束家庭治疗。

（二）言语性干预技术

1. 循环提问　系统家庭治疗中最重要的提问技术。由意大利的"米兰小组"发展成熟。具体做法是：治疗师向一位家庭成员询问有关其他家庭成员行为及相互间关系的问题，然后又向另一位成员如此提问，余类推。该种类型提问可以贯穿治疗性会谈的相当大一部分时间。基本形式为：

笔记

——问 A:"B 对 C 的行为是如何反应和评价的?"("每次你爸爸看到你妈妈表现出生气的样子时,他会做点什么?")

——问 B:"A 对 C 和 D 的关系是如何反应和评价的?"(你儿子喜欢妈妈常常夸奖妹妹吗?)

这种提问是在治疗师对"系统成员之间因为存在差异而产生互相影响"的假设引导下进行的,目的是了解家庭成员之间的差异,并同时使他们注意这些差异。按照贝特生(G. Bateson)著名的信息定义——"信息就是造成差异的差异",这种技术的意义是多重的:首先,它不但使治疗师从回答的差异中得到信息,其实提问的本身就在被提问者及其他听者那里制造了差异,因此而向系统"输入"了信息,也就是执行了干预的功能。更重要的是,那些突显出差异的问题还使各当事人领悟到某种行为的出现是有情境条件性的,并非总是所谓"内因性疾病"的不可自控的症状;另外,还可以教会各成员以循环因果的,而不是以直线因果式的观点看待问题。

这样一种"拐弯抹角"的提问方法好似带领一家人当面议论人,对他们有很大的影响力,交流的关系层面和内容层面都可以产生大量信息,有人称之为"循环催眠"。通过几轮提问,便可勾划出一个家庭内的关系格局及其对不正常行为的影响。一般这种讨论所涉及的问题应尽量集中于积极的方面。这种看似间接的方式对于治疗师保持中立也很重要,在不直接与"行为当事人"直接对质、交锋的情况下,就可以通过别人的话语传达自己要说的意思。循环提问也可以作为以下提问方法的基本形式。

2. 差异性提问 涉及压缩症状,扩展无症状的时间、场合或人事的情景性问题,使当事人受到启示——症状性行为的出现是有条件性的。尤其注意提问"例外情况",即在某人生病后,其他人因集中注意力于消极方面而不会积极留意的其他方面。如:"孩子在谁面前很少或从来没有像那样暴怒过?""请你比较一下,你的孩子在哪些情况下容易烦躁不安:是你一句话的意思重复说几次的时候,还是你放心让他自己去做的时候?""你估计一下,你哥哥几分之几像 18 岁的小伙子,几分之几像 3 岁的小宝宝?"

3. 前馈提问 未来取向的提问,对病态,行为的积极赋义投射到将来。此种提问刺激家庭构想对于未来的人、事、行为、关系等的计划,故意诱导这些计划成为将会"自我应验的预言"。或者反过来,让有关人员设想在存在诱发因素的情况下如何使不合意的行为再现,以诱导针对这些因素的回避性、预防性行为。如:"请你想象一下,如果我们今天的会谈确实有效,你明天会是什么样子? 你完全康复了又会像什么样子呢?";"以你们对这孩子的了解,你们估计他为了得到那么些当病人的好处,会在什么时候有下一次发作?"。后一个问题可称为"预防性提问"。

4. 假设提问 基于对家庭背景的了解,治疗师从多个角度提出有时是出乎意料的关于家庭的疑问。这些假设须在治疗会谈中不断验证、修正,并逐步接近现实。治疗师通过假设给受治者及家庭照镜子,即提出看问题的多重角度,让受治者自己认识自己,并有助于家庭行为模式改变,促进成员进步,或者让当事人将病态行为与家庭里的人际关系联系起来。如:"请你们二位设想一下,要是这孩子没有那些阵发性的气喘症状,你们在两年前提起的离婚问题今天大概会发展到什么地步了?""假如从现在开始,妈妈不再去麻将桌上泡,你爸爸发火的机会是会更多呢,还是会少一些?"

5. 积极赋义和改释 对当前的症状及系统从积极的方面重新进行描述,所有形式的轻蔑、指责都不被提及而代之以一种新的看问题的观点。这个观点从家庭困境所具有的积极方面出发,将家庭困境作为一个与背景相关联的现象来加以重新定义,而重新定义的过程传达这样的信息:情景是相对的,一种现象的意义也是相对的,依看问题的角度不同而可以改变,而对于心理行为问题可以有多种角度,"横看成岭侧成峰"。例如,在向一个存在多种心身症状,成员之间情感程度分化较低的家庭提问完毕,回馈印象时,可说:"你们家在应付困难的过程中很团结,让人敬佩。你们很在意是否伤害别人,所以不直接用语言表达对别人的批评或者要求,而是用身体上很微妙的变化,例如出现不舒服,来让别人觉察。在别人痛苦的时候,你们家的人有非常敏

笔记

锐的觉察能力和无微不至的关怀能力。有人可能会觉得这样的生活太累,太封闭。但我觉得这是些长处。只是请考虑一下如何减轻代价。比如说,用那些非凡的优点来发现和促进大家寻求快乐、放松、向外扩展的能力。"

"塞翁失马,焉知非福"的典故,是另一个众所周知的例子。

6. 去诊断,消除医学术语的"标签效应" 医学诊断有时对患者及其亲属具有"标签效应",使家庭系统进入"再加一把劲"的"无结局游戏",导致过度诊疗,造成医源性损害,使症状慢性化。在遵循常规诊断学原则进行诊断的基础上,家庭治疗师有时故意淡化诊断的重要性,利用矛盾心理,促使有关成员尝试积极的解决办法。具体做法可以是告知诊断名词有其相对性,也有心理性意义,应该用动态观点对待,正像中医"八纲(阴阳、虚实、表里、寒热)辨证"那样,随时变化。对已经有明确的过度诊疗后果的患者,可以让其选择减、停药物。

(三)非言语性干预技术

1. 艺术性技术 如家庭雕塑、"星座排列"、心理剧、绘画分析等。

2. 家庭作业(homework assignment) 让家庭成员共同完成。目的在于使治疗师的干预信息通过行动、通过隐喻深入人心,使家庭成员能利用自身的资源和动能,实现其家庭关系出现良性互动和发展。

治疗师为了将干预效应延续至访谈后,留给家庭较长的间歇期(可长达数周左右),使其有较充裕的时间发生变化。治疗师很郑重地要求家庭在会谈后至下次来前完成一些任务。家庭作业内容通常显得出其不意、荒诞不经、有悖常理,但愉快幽默、意味深长、直接指向靶症状,有的则似乎与当前问题没有直接关系,是通过影响家庭的认知、互动行为而间接起作用。

但须注意的是,布置这些扰动作用强大的作业需要有良好的治疗关系作为基础,否则很容易引起阻抗、治疗关系中断。

(1)悖论(反常)干预(paradoxical intervention)与症状处方(symptom-prescription):要求患者故意保持或"加重"症状行为。这是"以毒攻毒"的治疗技术,常常可以迅速控制适应不良行为。

(2)单、双日作业(homework for odd-numbered and even-numbered days):要患者在星期一、三、五和星期二、四、六作出截然相反的行为;其他家庭成员观察患者两种日子里的行为各有什么好处。此类作业的作用是引起对原有的退化、适应不良行为产生领悟。另外,面对冲突处境的人,如与父母情感纽带解离困难的青少年,其困惑常起于不能同时处理矛盾的(ambivalent)信息。这个作业可以帮助他们辨别自己的心理需要,澄清矛盾。

(3)记秘密红账(keeping merit-accounts):针对"缺陷取向"的行为如"记黑账"、"说坏话"而设计。令家庭成员对病人的进步和良好表现进行秘密记录,不准记坏表现和症状,直到下次会谈时才由治疗师当众宣读。病人也得记录父母的优点与进步。这项任务主要针对临床上常见的缺陷取向现象:家庭成员对患者会有焦虑、沮丧、挑剔等负性情绪和态度,不再注意其功能良好的方面。

(4)角色互换(role-exchanging)练习:让家庭成员定时,或因事而定,交换在家中互相之间承担的角色,最好具体化到与当前问题有关的情境、事务中。

(5)"厌恶"技术:源自行为疗法的技术,如水枪射击或弹橡皮筋:治疗师以善意、戏谑的方式,令家庭准备玩具水枪或橡皮筋,当出现适应不良行为时便瞄准行为者眉心射击或弹击,能快速终止某些适应不良行为模式。

三、适应证与评价

适应证较广,适用于各种神经症性障碍、心身障碍,儿童、青少年期的各种心理障碍和行为问题,夫妻与婚姻冲突,精神病性障碍恢复期等。

家庭治疗主要用于核心家庭中,也用于婚姻或配偶治疗。符合下列方面的情况均可进行家

笔记

庭治疗：

(1)家庭成员有冲突，经过其他治疗无效；

(2)“症状”在某人身上，但反映家庭系统有问题；

(3)在个别治疗中不能处理的个人的冲突；

(4)家庭对于患病成员的忽视或过分焦虑；

(5)家庭对个体治疗起到了阻碍作用；

(6)家庭成员必须参与某个病人的治疗；

(7)个别心理治疗没有达到预期在家庭中应有的效果；

(8)家庭中某成员与他人交往有问题；

(9)家庭中有一个反复复发、慢性化精神疾病病人的家庭。

禁忌症是相对的，只有在重性精神病发作期、偏执性人格障碍、性虐待等疾病病人中，不首选家庭治疗。

（赵旭东）

第八节 团体治疗

一、概　　况

团体心理治疗(group psychotherapy)是指为了某些共同目的将多个当事人集中起来进行治疗的一种心理治疗方法。相对于个别心理治疗而言，团体心理治疗具有省时省力的特点，且团体中成员间相互影响，可起到积极的治疗作用，这一点是其他疗法无法比拟的。

团体心理治疗始于美国医生普拉特(Pratt JH)在1905年对结核病人实施的团体教育，他采用介绍医疗常识，激发病人信心，开展团体讨论等方法，帮助病人克服不良情绪，树立康复信心。在此后的30年时，团体心理治疗虽没有重大的发展，但是仍有一些人对团体治疗发生兴趣，并分别创立了一些专门用于团体治疗的方法，为20世纪40年代团体治疗的大发展创造了条件，如Burrow T认为精神分析忽视个人与社会的关系而于1925年开始实施团体精神分析；20年代Mareno JL在美国创立了心理剧(psychodrama)和社会剧，并提出了角色扮演(role playing)和团体成员之间情感互相作用的概念，1930年他首次使用了团体治疗这一术语。第二次世界大战后，由于战争压力造成的心理问题骤增，有限的精神病学家和心理学家不能满足社会需要，促使经济、简捷、高效的团体心理治疗快速发展，出现了家庭治疗、交往分析、自我训练等多种团体心理疗法。1943年一些团体心理治疗家在美国成立了团体心理治疗学会(AGPA)，接着在1950年创办了团体心理治疗杂志。50年代以后，专业团体心理治疗工作者大幅度增加，专业文献也大量增多，成为心理治疗工作中的一支重要力量。

团体心理治疗的治疗机制包括以下几个方面：

1. 团体的情感支持 团体的情感支持包括这几个方面：

(1)被他人接纳：一个人生活在社会里，假如不被家人、朋友或他人所接纳，会感到孤独，心情无所依托。团体治疗的基本功能就是让参与者能感到自己被团体其他成员接受而产生归属感。

(2)倾诉与发泄：一个人内心常有许多苦闷和秘密，而没有机会向人倾诉或发泄。团体治疗的功能之一，就是制造被保护的环境，参与者通过倾诉而获得关心和安慰。

(3)共性的发现：当一个人有某种困难或犯了某个错误时，往往把责任归咎于自己，或以为只有自己一人有此遭遇，因而加重心理负担。而在团体治疗里，经过互相交换经验，很容易发现他人也有类似经历，也有相似的自卑感和负疚感，个体可通过这种共同性(universality)的发现而

笔记

获得解脱。

(4)树立信心和希望:经过团体治疗,参与者可产生归属感,可被别人接受与关心,共同面对问题而感到放心,进而产生摆脱困境或解决问题的信心,对未来产生希望。这是团体心理治疗的基本治疗机制,也是重要的贡献。

2. 团体的相互学习　在团体治疗中,成员不仅可以交换认知的经验,还可以直接观察和模仿别人的行为。团体治疗的可贵之处在于成员间可直接表达自己的思想给其他人听,或体验别人的经验与技巧并与自己对比,这对于生活经验不多的人极为重要。

3. 团体的正性体验　对于没有体验过完整家庭温暖或亲密的亲友关系,对人际交往持负性态度的人,很需要尝试正性的群体体验。肯帮助别人,为他人着想,以利人利己,获得和谐的共同生活。

4. 学习团体的性质与系统　通过团体治疗,团体成员能够体会团体的"系统"性质,即团体是由各个个体(团体成员)组成的整体,个体之间相互影响,而一个良性的整体需要个体协作以获得平衡。

5. 重复与矫正与"原本家庭经验"　团体心理治疗还有一些特殊的治疗机制,如重复与校正与"原本家庭经验"。所谓"原本家庭经验"指个人小时候的家庭关系的体验。因为家庭是个人最早体验的群体,因此称为"原本"的群体经验。

6. 支持体验"情感矫正经验"　团体心理治疗的另一个特殊机制就是让所有成员有"情感矫正经验"的体会。情感矫正经验认为单靠认知上的领悟不能改善问题,还必须加以情感上的矫正。最好让病人重复面对遭遇的心理创伤或面对处理的问题,在治疗师和团体的保护下重复处理,以便抛弃和纠正遗留的不良情感。

二、方　　法

团体心理治疗方法大致可以分为两大类。一类是着重于个体作用的团体心理治疗,另一类是着重于团体作用的团体心理治疗。

多种心理治疗方法,包括精神分析法、行为疗法、催眠疗法等,都可以在团体条件下进行。在这类团体治疗中,虽然也重视利用团体内人与人相互作用的积极一面,但主要目的还是将治疗手段直接应用于团体中的每一个人。例如团体松弛训练,目的是使每一个成员学会这一技术;再如支持疗法也可团体进行,主要采用团体教育的方式,其直接目标也是针对每一个体所存在的具体问题。

另一类团体治疗主要通过团体成员之间的各种心理接触来实现。国际上流行的各种问题小组大都属于此类。例如T小组或训练小组(T group)、相遇技术(encounter techniques)、心理剧(psychodrama)、格式塔小组(gestalt group)等。这一类治疗方法是在医师领导下,重点通过团体内部的社会心理过程,使团体成员认识并改善各种情感、人际关系以及行为方面的问题。这类团体心理治疗特别重视医师的社会角色作用,医师往往要经过特殊的培训才能胜任此项工作。此外,家庭治疗和婚姻治疗也可包括在这类团体治疗之中。

(一) T小组技术

训练小组的最主要的作用是帮助参与者明白他们自己作决定的过程。Jones描述过这样的一个练习:让参与者置身于一条远离陆地的游艇上,游艇正在下沉。给每个小组成员一张表,表上有15个条目,要求参与者达成共识,把表中对于他们能够幸存具有重要意义的条目列出来。然后,要求小组对他们的体验、领导方式的探索、冲突的解决和作决定的过程等内容进行讨论。

(二) 相遇技术

相遇技术是用来增加参与者的自我意识的,例如,"信任行走"(trust walk)被用来扩展知觉意识的范围和对人际关系的信任程度。参加练习的包括一个参与者和他的同伴,这个同伴的眼

笔记

睛被蒙住,要求参与者用手和胳臂搀扶他的同伴,引导他以一种知觉探索的方式行走。引导的目的主要是保护同伴,让他避开台阶、树或墙之类的危险,并促使他以非言词的方式去探索各种各样的气味和物品的质地。双方调换角色,然后讨论他们的感受。

(三)心理剧技术

心理剧利用多种多样的角色扮演技术,帮助当事人把他们的问题通过戏剧的方式表现出来,这种方式有利于增加他们对自身冲突的理解。作为一种咨询技术,角色扮演常常帮助当事人更好地去审视自己和其他人。例如,它可以用来实地演练那些对当事人来说存在困难的社交场景。角色扮演甚至可以由指定的工作人员在某个小组场景中加以运用。

(四)格式塔小组

格式塔小组治疗方法用来强化和澄清小组成员的意识体验。这类练习的做法之一是引出语言与人格二者之间的联系。例如,告知参与者,个人化的语言是使用"第一人称(我)的陈述"。治疗师可以帮助参与者意识到他们是怎样使用语言来贬损自己的各种体验的,比如,使用语言来否认他们的能力和责任。使用"但是"这个词,通常把说话者先前的陈述打上折扣。为了增加当事人对语言的这种力量的意识,要求当事人用"不能"代替"不会"(这里的"不会"大致意思是:将不会发生某事或不愿发生某事),用"我需要"代替"我想要",用"我选择"代替"我必须"。让当事人注意他们在改变语言模式时各种感受的差异。

以团体方式实施某些心理治疗技术,如松弛训练、生物反馈、催眠疗法等,其方法以各种心理治疗的要求为主。单独的团体心理治疗因其种类较多,方法各异,实施时应根据不同方法的具体要求进行。

三、适应证和评价

团体心理治疗的适应范围包括:神经症或神经症性反应,包括各种社交焦虑或社交恐怖;轻度的人格障碍,特别是人际关系敏感或有交往缺陷者;青少年心理与行为障碍;心身疾病,尤其是各种慢性躯体疾病患者;重性精神疾病缓解期,特别是社区中的康复期患者;各种应激性及适应性问题等。团体心理治疗已成为躯体疾病"综合性生物、心理、社会帮助"的一个重要组成部分。但是,团体心理治疗也存在针对性较低,难于进行量化、控制研究等问题。

(朱熊兆)

第九节 危机干预

一、概 况

危机(crisis)是指超越个体或者群体承受力的事件或境遇,导致个体处于心理失衡状态。换句话说,危机是指个体运用固有应对应激的方式或机制仍不能处理目前所遇到的外界或内部应激时,所表现出一种偏离常态的反应。

根据 James 和 Gilliland 对危机的分类,可分为四类:

1. **发展性危机**(developmental crisis) 是指在正常成长和发展过程中出现的具有重大人生转折意义的事件,导致个体出现的异常反应,如大学毕业面临择业问题,人到中年面临职业的变换,临近老年面临退休问题等。发展性危机一般认为是正常的,但也因人而异,有些个体在面对人生的重要转折时因应对能力有限也会出现危机。

2. **情境性危机**(situational crisis) 是指对于异乎寻常的事件,个体无法预测和控制其时出现的危机。情境性危机常具有突发性、震撼性、强烈性和灾难性等特点,个体可产生强烈的情绪体验,比如,亲人突然去世,遭受暴力袭击、绑架、严重车祸等重大应激事件。

笔记

3. 存在性危机(existential crisis)　是指对有关人生目的、自由、责任、生命意义等重要人生问题所出现的内心冲突和焦虑。比如,当一个人60岁时意识到他一辈子碌碌无为,从而对他个人的存在意义产生危机。

4. 环境性危机(environmental crisis)　是根据生态系统的观点,指当自然或人为的灾难降临到某人或某一人群时,这些人身陷其中,反过来又影响生活中的其他人。环境性危机包括自然灾害、传染性疾病的暴发、政治危机及经济危机等。

危机干预(crisis intervention)是对处于困境或遭受挫折的人予以关怀和短程帮助的一种方式。危机干预是在短程心理治疗基础上发展起来的治疗方法,主要以解决问题为目的,强调时间紧迫性和效果,不涉及对当事人的人格矫正。危机干预常通过提供及时而短期的支持和关怀,使干预对象在短时间内恢复失衡的心理状态,重新适应生活。多用于个人和群体性灾难的受害者,重大事件目击者,有伤害自身和他人企图等人群的心理干预。

二、危机干预的实施方法

1. 危机干预的评估　评估是实施危机干预的首要步骤,也是实施危机干预的重要部分。在干预初期,危机干预者必须对干预对象的情绪、认知、行为和躯体功能活动状况、危机事件的严重程度、当事人自杀或他杀的可能性、可利用的资源、及可供选择的应对方案进行全面评估,并与当事人建立良好的工作关系。确保安全是工作的首要前提,因此如果当事人存在自伤、自杀、伤害他人及破坏公共设施的可能性时,应高度重视其潜在的风险。与其他的心理治疗不同,危机干预非常强调时间紧迫性,在实际干预时,危机干预者通常不能像其他心理治疗师有充足的时间进行心理评估,因此在短时间内尽可能收集有效信息并分析出症结所在就变得非常重要。比如,在对自杀的干预中,首先要评估是否有自杀风险,然后评估自杀的危险程度,如当事人的年龄、性别、既往有无自杀史、家族中有无自杀史、目前的精神科诊断和精神状态、人格成熟度等。除此之外,危机干预者还要思考当事人为什么要自杀?为什么是现在?现在处于什么阶段?通过评估,如果当事人的自杀风险很高,而且家庭支持系统不良,这时候最紧急的干预就是要收其住院。如果患者自杀是因为精神疾病的发作,那首先考虑药物干预。但如果是失恋等心理问题,那更多的是要给予共情和陪伴。待当事人度过急性期,不再自杀的时候,可建议转入下一步的心理治疗去处理其内心的丧失感、早年的分离体验等心理问题。

面对处于危机中的当事人,危机干预者也会体验到很复杂的情感,包括绝望、愤怒、焦虑、矛盾、悲伤、拒绝。重要的是危机干预者不能让这样的感受影响到他们对当事人的专业评估和干预。在初始评估中,从共情的、无威胁性的陈述和询问开始,使当事人能够更容易与危机干预者分享他们内心的感受和想法。比如,"能告诉我发生了什么事情吗?""能否告诉我这件事对你意味着什么?"从一般性问题开始,然后再集中到特殊的细节上。

从与当事人熟悉的人那里获得附加的信息也很关键。对于危机干预者,当事人的家庭成员、朋友、老师、同事都可能是完成评估的重要资源。在与青少年的工作中,常会发现他们很忌讳泄露他们的私人信息,这可能是因为他们怀疑这会使他/她的朋友们"陷入麻烦"中,或者怀疑危机干预者会把这些内容告诉他们的父母。因此,在工作中要给他们说明面谈中获得的信息是保密的,但那些属于危害性极大、可能伤害青少年的信息除外。

儿童处在身心快速成长发育的关键阶段,其身心的发展更容易受到各种自然与人为灾难的破坏。因此,在危机干预中要优先关注儿童。其次儿童面临灾难的反应有别于成人,他们常常会认为灾难的发生是他们自己的错。因此,需要反复向儿童说明,灾难的发生不是他们的错。第三,处于危机中的儿童,其表达方式也有别于成人。成人要反复向儿童承诺爱他/她,会照顾他/她免受伤害,鼓励儿童说出内心的恐惧,允许儿童哭泣和表达悲伤,不要过分强调勇敢或坚强,不要批评儿童暂时出现的一些幼稚行为。当有些孩子不能使用语言来表达他们内心的恐惧

笔记

时，可以鼓励他们采用玩具、道具、画笔等工具进行表达，也可以就地取材选用石头、沙子等，进行各种游戏活动帮助他们表达。除此之外，成人要在恰当的时间，以儿童能够理解的方式，为儿童提供有关灾难的准确信息，鼓励儿童提问，并给予积极的解释和引导。

2. 危机干预的步骤

（1）明确危机问题：进行危机干预的第一步是需从当事人的角度理解和明确所面临的危机是什么，使用有效地提问技术和积极倾听技术，设身处地地理解什么样的事件使当事人处于危机当中。在关注言语信息的同时，也需非常注意当事人非言语的信息，

（2）确保当事人的安全：是指尽可能将当事人在身体上或心理上对自己或他人造成危险的可能性降到最低，这是进行危机干预最重要的内容。从当事人人身安全及心理安全的角度，对当事人的自杀或他杀的可能性、危机事件的严重性和紧迫性、当事人面对危机的调节能力及危险性等方面做出评估，必要时告诉当事人会有更好的方案来替代目前表现出的冲动性和自我毁灭行为，并采取适当的措施确保安全，如将有自杀倾向的病人收入院；将遭遇家庭性创伤或暴力的当事人转移到安全场所；让受灾人群迅速尽可能地撤离灾难现场，避免暴露于与创伤有关的情境；避免孩子与主要照顾者之间不必要的分离等。

（3）提供支持：支持意味着危机干预人员，更多的像妈妈一样，给予患者理解和陪伴；支持也意味着在必要的时候，要帮助其寻求法律等援助；支持还意味着要帮助患者寻找其生活中积极资源。危机干预者以一种无条件、积极关注的态度，通过言语和非言语的行为，让当事人感到危机工作者是真正关心他、在乎他的人，使当事人相信他的事情就是危机干预者的事情。此外，支持还意味着要关注到当事人的家庭成员、朋友和其他重要的人，在需要的时候给予他们一些必要的帮助和相关的健康教育。

（4）诊察可供选择的方案：帮助当事人寻找目前可供利用的各种可供选择的方案，寻求有效的环境支持、应对机制和积极的思维方式。如对于无家可归的当事人，可建议联系其亲友，或向政府有关部门寻求帮助，以找到临时的居住场所。

（5）制定计划：和当事人商量及讨论，帮助当事人制定出一个切实可行的应急方案，以促使当事人尽快恢复心理的平衡，顺利度过危机状态。

（6）获取承诺：促使当事人对自己做出承诺，保证以实际行动实施所制定的具体方案并积极行动，从而度过危机时刻，重新恢复正常。

3. 危机干预的主要技术　危机干预的技术主要包括支持性技术和问题解决技术。支持性技术包括建立相互信任、沟通良好的治疗关系，应用倾听、共情、关注、接纳、鼓励、解释、保证等干预技术，使当事人感到被理解、关怀和温暖，减少绝望感，缓解当事人的情绪危机，帮助当事人理性面对危机事件。问题解决技术是指根据当事人的需要及可利用的资源，采用非指导性的、合作性或指导性的方式，让当事人找到应对危机和挫折的方法，帮助其渡过危机，增强其适应力。

三、危机干预中的相关问题

（一）伦理学原则

与其他心理治疗工作相同，对当事人的资料保密是危机干预伦理上的要求。但当个体处于危机的应激状态时，危机干预的首要原则是生命安全第一，更多地会涉及到保密的解除。在危机干预中，当发现当事人有伤害自己或他人意图时，危机干预者有责任或义务采取相应的措施以避免悲剧事件的发生。由于处于危机中个体的反应可能是很混乱的，最初不太可能和当事人本人签署知情同意，危机干预者有时甚至会直接代替当事人做出决定。在这种情况下，可以直接和其监护人签订知情同意，在情况适宜的时候，再和当事人补签。除此之外，工作人员应阻止媒体的不恰当采访，以保护当事人的利益。

（二）危机干预人员的职业耗竭问题

笔记

美国心理协会和加拿大心理协会明确强调心理治疗师为了保障来访者的利益而进行自我

保健的重要性。职业耗竭的问题不仅需要危机干预者本人的关注，还需要专业组织和机构的重视。因为这不仅仅是对治疗师本人尊重，也是对当事人利益的尊重，同时也是心理治疗事业得以发展的必要条件。

1. 职业耗竭的原因　危机干预需要高强度的体力劳动；危机干预需要严密的智力活动；危机干预需要很多的情感投入；危机干预工作者也是创伤的感受者和接受者，因此危机干预者常面临职业的倦怠或耗竭。

2. 职业耗竭的信号　危机干预者职业耗竭的信号可表现在情绪、行为、躯体和人际关系等不同方面。比如，情感上出现冷漠、厌倦、内疚、压抑、对同事吹毛求疵、玩世不恭等；在行为上表现出工作质量或效率低下，害怕工作，拖延，不愿回电话，在休闲时间，明显地喜欢消极娱乐，完全排除主动的社交生活，甚至出现自杀或攻击人的倾向；在人际关系方面出现避免亲密关系现象，转向封闭和否定等，在躯体层面表现出失眠，需要服用药物，疲惫不堪，多种的躯体不适等。

3. 应对策略　危机干预者要学会识别职业耗竭的症状和征象，对个人问题和内心冲突保持警觉，了解自己的压力状况，关注危机干预工作给自己带来的各种影响，善于发掘积极资源，并寻求各方面的支持，避免承担过多的责任和压力等等。及时的调整和干预可以帮助危机干预者从职业倦怠中重新调整过来。

危机干预经历了近200年的历史，但是作为一门学科的发展始于20世纪50年代。我国近年也日益重视危机干预的工作，并逐渐开展了多项危机干预的工作，但目前还有待于建立快捷高效、集中有效卫生资源的危机干预管理模式，完善危机干预的制度，加强危机干预人才队伍的培养与建设。而且，很重要的是危机干预要更多地朝向预防为主的方向发展。这些问题在我国已开始引起有关专业人员和政府管理部门的关注，并开始行动了。

（张　岚）

第十节　临床心理会诊服务

本节介绍临床上综合应用医学心理学的工作模式，与以后要学习的《精神病学》中的“会诊联络精神医学服务”衔接，旨在培养整体思维，建立社会-文化-心理意识，为开展综合医院精神卫生服务打下基础。

一、概　　况

（一）概念与定义

随着社会发展、医学进步，我国对心理健康促进及精神障碍的预防、治疗、康复日渐重视，并通过立法来保障和规范精神卫生工作。于2013年5月1日起实施的《中华人民共和国精神卫生法》，要求医务人员对就诊者进行心理健康指导，及时发现、转诊患有精神障碍的就诊者；要求从事精神障碍诊断、治疗的专科机构配备从事心理治疗的人员；要求综合性医疗机构应当开设精神科门诊或者心理治疗门诊，提高精神障碍预防、诊断、治疗能力。

我国的精神卫生机构有两大类，一类是精神专科医疗机构，一类是设有精神科的综合性医疗机构。在精神医学回归主流医学的趋势中，截止2009年底，全国有479家综合医院开设了精神科或以其他精神科二级专科名称——如“心理咨询科”、“临床心理科”或“心身医学”科——命名的科室。这些科室的主要的工作方式之一，就是实践“生物-心理-社会”医学模式，为所有临床部门提供会诊。

“临床心理会诊”（clinical psychological consultation）指各科医生要随时注意预防和发现临床各科病人出现的心理问题，即使程度未达到精神障碍的程度，也要自然地把心理服务融入医患沟通、医患关系及本专科的日常诊疗流程之中。如果问题较严重、复杂，自己不能解决，则应邀

笔记

请精神科医生、心理治疗师来会诊处理。有些条件较好的医院还开展联络服务，即向特殊临床部门，如ICU、心血管病科、麻醉-疼痛科、老年医学科等，派驻精神科医生、临床心理师，与这些科的医护合作工作。

临床心理会诊服务不是单一使用生物医学方法，而是基于医学心理学及心身医学的理论，同时处理躯体与心理问题、精神障碍的“共患”或“共病”(comorbidity)问题。这些临床问题曾被称为“心身性障碍”、“身心性障碍”，美国的疾病诊断与统计手册第四版(DSM—Ⅳ)称之为“影响医学情况的心理因素”，本节称为“心身医学问题”。常见的例如：

1. 生理心理性障碍或心身性障碍 原发性高血压病、冠状动脉硬化性心脏病、激惹结肠综合征、2型糖尿病、代谢综合征、神经性皮炎、类风湿关节炎、肿瘤等疾病，是临床常见的生理心理性障碍或心身性障碍。它们的特点是，均有躯体方面器质性的病变，但其发生、发展、转归、结局却与心理、社会文化因素有较密切的关系。

2. 精神障碍 严重的精神障碍可以因躯体疾病而并发、诱发；另外，已经有精神障碍的患者也可以因发生了躯体疾病而就诊，或者因精神症状包括或表现了躯体性内容而求助于各专科。常见而严重的问题如：意识障碍背景下出现的谵妄；兴奋躁动；严重抑郁及自伤、自杀；精神分裂样反应；偏执状态，等等。

3. 轻型精神障碍 从服务的频度看，应激相关障碍、焦虑障碍、躯体形式障碍，以及心境障碍中的抑郁障碍，还有儿童少年情绪及品行障碍，是临床心理会诊的主要内容。

心身医学是临床心理会诊服务的主要理论技术基础。作为一种临床服务模式的心身医学起源于20世纪前半叶的德国和美国，是在精神动力学、精神病学与内科学之间诞生的交叉边缘领域。经过80多年的发展，现在既与医学心理学高度重叠，又是精神医学的一个临床分支，成为联接心理-行为科学与精神病学、躯体医学的重要桥梁。

（二）心身医学问题对临床和管理的意义

临床上共病现象非常普遍，心身医学问题无处不在。但需要加以处理的情况多见于非精神科门诊或病房，易被忽视，常常直接或间接地导致医学、法律、经济和伦理问题。例如，心理行为问题使临床信息复杂化，提高了诊断的难度，导致多余的检查；使治疗复杂化，常在实施躯体治疗方案时出现非预期的治疗后果，或由于合用精神药物而有副作用；容易出现医患间交流、沟通困难，影响治疗关系和依从性。这些因素导致日均费用增加，住院时间延长，容易促发医患矛盾。所以，非精神科的临床领域实际上是一个筛查和处理心理、行为问题，缓解患者心理痛苦的重要场所。

二、方　　法

（一）多维观察、诊断与解释

整体论的医学观，要求临床医师具有一种在所观察到的现象间建立普遍联系，并对这些联系赋以意义的能力。例如，观察、诊断和治疗疾病时，常需考虑的关系包括：心理-生理，过去-现在，将来-现在、个体-环境、社会人文-心理行为-自然科学，等等。

1. 由宏观到微观的不同观察视野来认识心身问题

(1)社会-文化背景：社会文化背景因素对某些疾病有重要的影响。如汽车文化与交通事故，饮食文化与心血管疾病，全球化与新型传染病等，都存在较直接的因果联系。所以，应该注意社会经济地位、宗教、性别及家庭角色、习俗、政策、法律、传媒等因素对患者当前临床情况的影响。

(2)人际系统：社会文化大背景的影响，要通过个体所在的密切交流网络才能实现。一个人能从中获取情感支持或资源的“社会支持系统”尤其重要，它通常包括家庭、社区、工作单位、亲属网络、朋友与伙伴圈子，以及各种社团组织。许多对于疾病过程有影响的积极或消极因素起源于此，如应激性处境或事件。

(3)个体心理特征与行为：临床上关注的心理特点及相关因素有：①人格特点；②应激性处

笔记

境、事件；③应对方式及心理防卫机制；④社会支持资源的利用；⑤情绪状态；⑥认知特点。

了解患者心理问题的最重要方法是观察、交谈，必要时进行全面的精神状态检查，或者使用心理评估工具进行量化测评。

(4)躯体情况：对于躯体与心理疾患的共病问题，生物医学的检查、诊断必不可少，尤其是神经系统的检查。

2. 对心身医学问题进行系统分析　以上心理因素与生物学、社会学因素互动，共同构成文化-心态环境、素质基础及准备状态，在个体层面形成有规律性和特异性的心身反应模式，也即对某些障碍的易感性，影响个体对内外变化进行认知、评价、反应、缓冲和储存，并通过神经-内分泌-免疫中介机制产生躯体后果，左右着整体的健康状况。临床医生不可只从自己专科角度出发，仅仅着眼于躯体问题，而是要考虑具体患者的背景，在对患者的社会、心理、生理功能的情况有整体了解之后，对此时此地的问题做出综合的判断、解释，制定全面的治疗方案。

（二）综合治疗策略

心理联络会诊以多维诊断为基础，强调对所有患者的治疗都必然是心理、生理兼顾的综合性治疗，其医嘱一般包括以下内容：

1. 躯体治疗　积极治疗躯体原发病是解决心理障碍的前提。在处理躯体疾病的同时，对有指征的患者应该合理使用精神科药物。但由于躯体方面的合并问题，精神药物容易引起不良反应；而由于其他科医师不熟悉精神药物，不易保证足量、足疗程，有时又会使用过量或形成药物依赖。所以，临床心理会诊医师应就医嘱与主管医师协商、交流，并动态观察、指导使用的情况。

2. 心理治疗　心理治疗是一种以助人为目的的专业性人际互动(interaction)过程。通过言语和非言语的方式影响患者或其他来访者，可引起心理、行为和躯体功能的积极变化，达到治疗疾病、促进康复的目的。

广义的心理治疗，涉及到所有临床专业领域的医务人员与患者之间的交流、互动过程，体现在医务人员随时随地表现出来的基本素质、专业精神与态度之中。一些欧洲的教科书使用“心理学治疗”(psychological treatments)或“心理学干预”(psychological interventions)来表示任何一种应用心理学原理的工作技术；而“心理治疗”(psychotherapy)是指只有经过系统培训后才能掌握、使用的专门心理治疗。

按照这样的定义，医生在日常工作中，如看门诊、查房、与患者及其家属谈话、病人健康教育与培训等工作中，随时都在应用心理学原理和技术。不过，临床上大量的医患关系问题，甚至严重的纠纷、差错、事故，恰恰容易产生于这些日常交往、沟通过程之中。而临床心理会诊常常可以在这些本来属于其他临床专业领域的工作中提供有益的帮助。

例如，在门诊咨询、医生谈话方面，如果其他科的非精神科医生觉得接受询问、给予解答的过程不顺畅，认为与患者或其家属沟通不良，而且经过耐心听讲、分析、解释仍无改善，或者已经产生明显困惑、误解甚至冲突，可以考虑请精神科或临床心理科协助，以便探询并澄清对方的不解、疑惑、犹豫、阻抗等认知性屏障，减轻其恐惧、焦虑、忧郁，甚至不满、敌对等负性情绪，争取合作。

同样重要的是，在病人健康教育与培训中，在许多慢性疾病的长期治疗和康复计划中，有计划地促进患者行为、心理上的改变或适应，与躯体治疗同等重要。所以，应该有意识地融合医学、心理学和教育学原理，邀请精神科医生、心理治疗师参加。例如，高血压病、糖尿病、肿瘤、支气管哮喘、骨质疏松症等都有比较成熟的健康教育培训课程包。

临床心理会诊人员擅长在传达有关知识、建议、医嘱时，十分注意话语的语用学效果，即患者方对信息真正理解、采纳的程度。非精神科人员能够从与他们的联合工作中，改进沟通技巧，更加注意使用适应于患者认知水平、情感状态、价值观、意志力和期待的语言，简明扼要地传达专业信息，让患者有恰当的心理准备、依从性，增强应对疾病的能力。

临床心理会诊中使用的心理治疗技术分为两大类：

笔记

（1）解释、支持及关系技术：上述日常工作过程中的各种互动，包括医务人员之间、医生与患者及其家属之间的交互影响，能够发挥非特异性的心理治疗效果，促进人际关系与环境的改善，有利于调整紊乱的心身关系。其中，旨在提供解释、支持及建立工作关系的心理治疗很重要。医务人员针对与当前疾病有关的情绪、认知、行为和人际关系问题，有意地进行解说、劝导、安慰、鼓励、承诺，使患者增强信心，改变对医疗环境、程序、措施、后果的错误认知或不良情绪反应，增加对医务人员的信任和依从性。

（2）促进变化的技术：针对特定心理问题，较系统实施的特殊心理治疗。需要由接受过专门培训的人员实施。具体心理治疗技术参见前面内容，以及《精神病学》中的内容。

3. 社会工作 针对患者与临床紧密相关的社会问题，主要在以下方面提供协助性、咨询性帮助：

（1）健康教育：促进患者和周围环境中其他人健康行为的养成和保持。

（2）改善患者的社会处境：向有关机构、人员提供负责任的信息报告，以利于康复。

（3）获得社会支持：促进社会交往，扩大社交网络，增加对于社会支持系统的有效利用。

临床案例——“多问题家庭”的会诊及家庭治疗：

患者S，女，55岁，因一个月内体重骤降15kg，晕厥两次而在某综合医院多个科室就诊。但除营养状况差、贫血外，大量躯体及实验室检查未发现明显异常。后由精神科会诊后收治。第一次主任查房时，坐位发生低血糖反应、意识丧失数十秒。

住院期间约其丈夫、三个儿子进行家庭访谈，发现患者近三个月以来遭遇应激性事件，当前仍存在困难处境。较突出的问题是：①丈夫59岁，为一县级银行行长，个性内向，平素工作认真，待人处事讲原则而显刻板、不讲情面，无亲信、朋友，无任何兴趣爱好。面临退休时，对退休后生活顿生恐惧，随后突然出现心悸、烦躁、失眠，曾于三个月前住县医院治疗，对症处理有效，但诊断不明。②小儿子自幼聪明，受到全家宠爱和高度期待，但高考失利，在县里当上公务员后嗜酒。父亲住院期间，因酗酒后在公共场所有违法行为，被送往州精神卫生中心住院治疗。患者坚持为丈夫、儿子事日夜操劳，但两人一个多月前先后出院回家后，自觉虚弱、食欲丧失、入睡困难，日渐消瘦。

患者诊断为“广泛性焦虑障碍伴厌食、营养不良”。鉴于患者其实是一个“多问题家庭”（family with multiple problems）中的“索引病人”，家中存在其他在疾病发生、发展、转归方面互相影响和制约的成员（如丈夫有明显焦虑障碍，儿子对酒精依赖，而两外两位儿子身体健康、社会功能良好），所以在对其进行营养治疗、对症药物治疗的同时，进行了系统式家庭治疗，一共四次访谈，两次在住院期间，两次在出院以后，均约家人从老家赶来参加。两年后到患者家中随访，患者身体、精神状况恢复；丈夫已平稳退休，发展了养鱼、钓鱼、种花、打牌等爱好，安享退休生活；儿子戒酒成功，努力工作，保住了公职。

（患者为自愿参加科研项目的受试，每次家庭治疗及随访均有全程录像记录。）

三、适应证与评价

（一）处理与生病、求医环境及诊疗流程相关的心理反应

许多患者对于生病有强烈心理反应，急性发作的疾病、外伤都会迅速引起焦虑、恐慌、茫然，慢性疾病常导致虚弱感、行为退化和依赖、悲观、绝望。在诊疗过程中，这些反应常受到医院环境、与医院员工间的人际互动、诊疗操作（尤其是有创技术）、费用负担、家庭负担、工作任务等因素的影响。需要在所有医疗环节加以注意和处理，通过友好环境、友善沟通，娴熟、安全、有效、经济的诊疗安排和操作，尽量减轻此类反应；必要时提供抗焦虑、抗抑郁剂，以缓解情绪问题。

笔记

（二）神经症

神经症大量见于各科。患者可能因为神经症的躯体症状在各科求医，例如焦虑障碍、躯体形式障碍患者，反复检查却不能发现器质性病变基础，但会接受过度检查与过度治疗。其中，躯体形式障碍被新近的研究文献称为“医学无法解释的躯体症状”（medically unexplained physical symptoms，MUS）。另外，慢性疲劳综合征、激惹结肠综合征等常见疾病被称为“功能性医学综合征”（functional medical syndrome）。神经症也会因其他躯体疾病而求医，但常有与一般躯体疾病患者不同的额外主诉、需求。对前一种情况，心理治疗是首要的疗法，药物为辅；对后一种情况，躯体疾病治疗与心理治疗并重。

（三）生理心理性障碍、心身疾病

对于有多种生理、心理、社会功能缺陷的此类障碍，需要药物结合心理治疗、社会工作。以神经性厌食为例，躯体治疗主要处理体重降低、营养不良、抑郁、强迫、焦虑等症状；心理治疗主要处理摄食行为、社交技能缺陷、家庭关系不良的交互影响等。

（四）各种精神病性障碍

工作重点是及时发现程度超出一般心理问题的精神症状，按精神科诊疗常规处理，或请求专科会诊。

国内越来越多的综合医院开始重视会诊服务工作，在改善医患关系、预防或消解医患冲突、保障病人安全、预防患者自杀、缩短住院周期、降低医疗成本、提高医务人员心理素质与能力等等方面，取得非常好的成绩。

专栏 13-1

哈佛大学麻省总医院（Massachusetts General Hospital，MGH）对临床各科患者的精神卫生服务

MGH 是世界顶级的综合医院之一。其精神科开设约 80 年以来，长期居于国际领先水平。该科仅有住院病床 25 张，但有执业精神科医生 500 多名、临床心理学家 100 多名。他们的主要临床工作是为来综合医院就诊的精神科门诊患者及各科住院患者服务。

在这个平均住院日仅为 4.8～6.0 天的医院里，居然有 10%～13% 的住院患者接受了精神科医生的会诊服务，每年大约有 3500 位患者接受了精神科的初次会诊。这些会诊均是由各科医生通过会诊单正式邀请的。通过为临床各科提供服务，精神科医生、临床心理学家成为各科不可或缺的、“有用的”同道，同时也让自己成为医学主流中的重要成员。会诊服务如此受到青睐，其促动力来自几个方面：①控制医药费用的压力；②患者群体、疾病谱的改变，如人口老年化、药物滥用人群扩大、新型传染病及慢性非传染性疾病增加；③新技术的广泛应用及滥用。在提高医疗服务品质的同时，会诊服务直接为提高医院经济效益作出了贡献。最突出的业绩是可以明显缩短住院日数。由于所谓“医疗服务高使用者”（high-utilizers of medical care）多数存在躯体与心理障碍的共病，也往往是超长住院者，该院就专门组成一个以精神科医生和管理人员为主的工作小组，在每个患者入院之时便进行筛查、评估，以便及早提前介入心理干预。筛查指标包括：医生、护士预测；疾病-治疗类型，既往超长住院史；求医频率；用药种类、剂量，药物滥用与依赖；依从性；流动性；个性弱点；不良健康行为；心理应激因素、逆境。2007 年，这个做法使得被筛查出的“高使用者”中有 1/3 的住院天数少于 20 天，并增加了 200 人次住院机会。

（赵旭东）

笔记

参考文献

1. 李心天. 医学心理学. 北京:人民卫生出版社,1991.
2. 赵耕源,黄铎香. 医学心理学概论. 广州:广东高等教育出版社,1991.
3. 钱铭怡. 心理咨询与心理治疗. 北京:北京大学出版社,1993.
4. 龚耀先. 医学心理学. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1995.
5. 徐俊冕. 医学心理咨询方法. 上海:上海医科大学出版社,1995.
6. 张伯源. 医学心理学. 北京:中国科学技术出版社,1996.
7. 岳文浩,赵耕源. 现代临床心理学手册. 济南:山东科学技术出版社,1996.
8. 徐俊冕,季建林. 认知心理治疗. 贵阳:贵州教育出版社,1999.
9. 梁宝勇,王栋. 医学心理学. 吉林:吉林科学技术出版社,1998.
10. 李心天. 医学心理学. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1998.
11. 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册. 北京:中国心理卫生杂志社,1999.
12. Best JB. 认知心理学. 黄希庭,译. 北京:中国轻工业出版社,2000.
13. 曾文星,徐静. 心理治疗:原则与方法. 北京:北京医科大学出版社,2000.
14. 徐斌,王效道,刘士林. 心身医学. 北京:中国科学技术出版社,2000.
15. 胡佩诚. 医学心理学. 北京:北京医科大学出版社,2000.
16. 石林. 健康心理学. 北京:北京师范大学出版社,2001.
17. Judith S. Beck. 认知疗法:基础与应用. 翟书涛,等,译. 北京:中国轻工业出版社,2001.
18. 陈新,严由伟. 心理咨询与心理治疗. 南京:南京师范大学出版社,2001.
19. 吴均林,林大熙,姜乾金. 医学心理学教程. 北京:高等教育出版社,2001.
20. 姜乾金. 医学心理. 3 版,北京:人民卫生出版社,2002.
21. 岳文浩,张红静,潘芳. 医学心理学. 北京:科学出版社,2002.
22. 张培信. 心身疾病与心身治疗. 济南:山东科学技术出版社,2002.
23. Jongsma AE,Peterson LM. 成人心理治疗方案. 傅文青,李茹,译. 北京:人民卫生出版社,2003.
24. 龚耀先. 心理评估. 北京:高等教育出版社,2003.
25. 郑延平,姚树桥,朱熊兆. 生物反馈的临床实践. 北京:高等教育出版社,2003.
26. 姜乾金. 医学心理学. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2004.
27. Bruce E. Compss lan H. Gotlib. 临床心理学导论——科学与实践. 姚树桥,朱熊兆,主译. 北京:人民卫生出版社,2004.
28. Miltenberger R G. 行为矫正:原理与方法. 石林,等,译. 3 版. 北京:中国轻工业出版社,2004.
29. 徐斌,吴爱勤. 心理生理障碍:心身疾病. 北京:中国医药科技出版社,2005.
30. 唐茂芹. 实用心身疾病诊疗学. 北京:中国医药科技出版社,2005.
31. 李心天,岳文浩,顾瑜琦. 当代中国医学心理学. 北京:科学出版社,2005.
32. Shelley E. Taylor. 健康心理学. 朱熊兆,姚树桥,王湘,译. 北京:人民卫生出版社,2006.
33. 朱熊兆,唐秋萍,姚树桥. 健康心理学. 天津:南开大学出版社,2006.
34. 姜乾金. 医学心理学. 北京:人民卫生出版社,2006.
35. 姜乾金. 医学心理学——临床心理问题指南. 北京:人民卫生出版社,2006.
36. Jongsma AE. 焦虑整合治疗方案. 李茹,傅文青,译. 北京:人民卫生出版社,2006.
37. 姚树桥. 医学心理学与精神病学. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2007.
38. 姚树桥. 心理评估. 北京:人民卫生出版社,2007.
39. 姜乾金. 心身医学. 北京:人民卫生出版社,2007.
40. Irving B. Weiner. 心理治疗的法则. 周博林,李悦,等,译. 成都:四川人民出版社,2007.
41. 钱明. 健康心理学. 北京:人民卫生出版社,2007.

42. 姚树桥,孙学礼. 医学心理学. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2008.
43. 刘新民. 变态心理学. 北京:人民卫生出版社,2008.
44. 沈渔邨. 精神病学. 5 版. 北京:人民卫生出版,2009.
45. Gelder M, Harrison P, Cowen P. 牛津精神病学教科书. 刘协和,李涛,主译. 5 版. 成都:四川大学出版社,2010.
46. 严由伟. 心理咨询与治疗流派体系. 北京:人民卫生出版社,2011.
47. Vingoe FJ. Clinical Psychology and Medicine. Oxford: Oxford Univ Press, 1981.
48. Norton JC. Introduction to Medical Psychology. NY: Free Press, 1982.
49. Herson M, et al . The Clinical Psychology Handbook. NY: Pergamon Press, 1983.
50. Garfield SL, et al. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. NY: John Wiley and Sons, 1986.
51. Kent G, et al. Psychology and Medicine Care. Beilliere: Tidull, 1986.
52. Worlberg LR. The Technique of Psychotherapy. 4th ed. Orlando: Grune and Strattion, 1988.
53. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment. 2nd ed. New York: A Wiley-Interscince Publication, John Wiley & Sons, 1990.
54. Frank JD et al. A comparative Study of Psychotherapy. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1991.
55. Mc Manus C. Psychology in Medicine. Eng: Butterworths, 1992.
56. Phares EJ. Clinical Psychology, 4th ed. California: Brooks/Cole Pubishing Co, 1992.
57. Nichols KA. Psychological care in physical illness. 2nd ed. London: Chapman & Hall, 1993.
58. Livneh H, et al. Psychological Adaptation to Chronic Illness and Disability. Maryland: An Aspen Publication, 1997.
59. Tulsky D, et al. WAIS-Ⅲ and WMS-Ⅲ: Technical manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1997.
60. Bernstein D A, Borkovec T D & Stevens H H. New Directions in Progression Training: A Guidebook for Helping Professionals. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, 2000.
61. Ogden J. Health Psychology: A Textbook (3rd). Berkshire: Open University Press, 2005.
62. Adler RH, Herzog W, et al (edit.): Psychosomatische Medizin. 7. Auflage. Urban & Fischer, Muenchen, 2011.
63. Glanz K, Rimer BK & Lewis FM. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Fransisco: Wiley & Sons, 2002.

中英文名词对照索引

90 项症状自评量表(symptom check list 90,SCL-90)　92
A 型行为模式(type A behavior pattern,TABP)　130
Bender-Gestalt 测验(Bender-Gestalt test)　89
Benton 视觉保持测验(Benton vision retention test, BVRT)　89
Halsted-Wepman 失语甄别测验(Halsted-Wepman aphasia screening test)　90
H-R 成套神经心理测验(Halsted-Reitan neuropsychological battery,HRB)　90
Q(Question)　87
Stroop 测验(stroop test)　89
T 小组或训练小组(T group)　235
Wisconsion 卡片分类测验(Wisconsion card sorting test, WCST)　89

A

艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnaire,EPQ)　88
暗示疗法(suggestion therapy)　227

B

保持(retention)　18
保护因素(protective factor)　195
悖论(反常)干预(paradoxical intervention)　233
被确认患者(identified patient)　230
本我(id)　57
比奈量表(Binet Scale,B-S)　84
标准分(standard score)　81
表情(emotional expression)　25
表象(representation)　20
病感(illness)　162
病人角色(patient role)　163
病人角色适应不良(role maladjustment)　163
搏斗或逃跑(fight or flight)　125
不耐烦(Impatience)　130

C

操作量表(Performance scale,PS)　85
操作性条件反射(operant conditioning)　63
侧性优势检查(the test of lateral dominance)　90
测量(measure)　78
测量误差(error)　80
测量资料(tested data)　86
测验(test)　78
常模(norm)　81
超我(superego)　58
澄清(clarify)　77
冲击疗法(flooding therapy)　211
抽样研究(sampling study)　9
初级评价(primary appraisal)　103
处理矛盾的(ambivalent)　233
触摸操作测验(the tactual performance test)　90
闯入(intrusive)　111
创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder, PTSD)　114,102
次级评价(secondary appraisal)　103
刺激模型(stimulus-based model of stress)　99
催眠疗法(hypnosis therapy)　228
存在性危机(existential crisis)　237
挫折(frustration)　33
错觉(illusion)　16
重述(verbatim play-back)　77

D

单、双日作业(homework for odd-numbered and even-numbered days)　233
道德感(moral feeling)　24
道德性焦虑(moral anxiety)　58
敌对(hostility)　112
抵消(undoing)　59
动机(motivation)　32
度人之心(mind reading)　217
锻炼(physical exercise)　157
对照设计(case-control design)　9
对照组(control group)　9

F

发怒(anger)　130
发展量表(developmental scale)　84
发展性危机(developmental crisis)　236
反复沉思(rumination)　111
反向作用(reaction formation)　59

反移情(counter transference) 190,206
范畴测验 (the category test) 90
防御反应(defensive reaction) 110
非此即彼(all-or-nothing thinking) 216
肥胖(obesity) 158
愤怒(anger) 111
封闭性提问(closed question) 202
负性生活事件(negative events) 102
负性自动思维(negative automatic thoughts) 216

G

概括(summarization) 77
感觉(sensation) 14
感知觉障碍测验 (test of sensory perceptual disturbance) 91
肛欲期(anal stage) 57
心理教练(coaching) 230
格式塔小组(gestalt group) 235
隔离(isolation) 59
个案研究(case study) 9
个性(individuality) 29
个性化(personalization) 217
工具性条件反射(instrumental conditioning) 63
功能失调性假设(underlying dysfunctional assumptions) 216
功能性医学综合征(functional medical syndrome) 243
攻击(attack) 112
供者(donor) 178
共病(comorbidity) 240
共情(empathy) 224
共同性(universality) 234
沟通(communication) 191
鼓励(encouragement) 202
固着(fixation) 59
观察法(observation method) 76
观察学习(observational learning) 126
管状视力(tunnel vision) 217

H

汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD) 96
横断研究(cross sectional study) 8
护理心理学(nursing psychology) 4
环境(environment) 41
环境性危机(environmental crisis) 237
回避(avoidance) 112
回顾性研究(retrospective study) 8
会谈法(interview method) 77

J

机体内平衡(homeostasis) 72
机体自我(organismic self) 70
积极的心理健康(positive mental health) 195
积极应对反应(active coping reaction) 110
激动(irritation) 130
激情(intense emotion) 24
急性应激障碍(acute stress disorder,ASD) 114
疾病角色行为(sick behavior) 148
疾病行为(illness behavior) 148
计划行为理论(theory of planned behavior,TPB) 152
记秘密红账(keeping merit-accounts) 233
记忆(memory) 17
寄养儿童(adoptive children) 41
家庭治疗(family therapy) 230
家庭作业(homework assignment) 233
价值的条件化(conditions of worth) 70
健康促进(health promotion) 195
健康心理学(health psychology) 3,195
健康信念模式(health belief model,HBM) 150
健康行为(health behavior) 148
渐进性松弛疗法(progressiverelaxation therapy) 212
箭头向下法(downward arrow) 221
焦点治疗(solution focused) 198
焦虑(anxiety) 58,111,140
焦虑症(anxiety neurosis) 140
焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS) 94
角色扮演(role playing) 234
角色互换(role-exchanging) 233
角色适应(role adaptation) 163
角色行为冲突(role conflict) 164
角色行为减退(role reduction) 164
角色行为强化(role intensification) 164
角色行为缺如(role scarcity) 164
接纳与承诺疗法(acceptance and commitment therapy, ACT) 198
节律测验 (the rhythm test) 90
结果(consequence) 67
解释(interpretation) 203
尽责性(conscientious) 30
进食障碍(eating disorder) 145
经典精神分析(classic psychoanalysis) 56
经典条件反射(classic conditioning,CC) 62

晶体智力(crystallized intelligence) 35,44
精神病态性偏倚量表(Psychopathic deviation,Pd) 87
精神分裂症量表(Schizophrenia,Sc) 87
精神分析疗法(psychoanalytic therapy) 204
精神过滤(mental filter) 217
精神衰弱量表(Psychasthenia,Pt) 87
精神质(Psychoticism,P) 88

K

卡特尔16项人格因素问卷(16 personality factor questionnaire,16PF) 88
开放式提问(open question) 202
开放性(openness to experience) 30
考夫曼儿童能力成套测验(Kaufman Assessment Battery for Children,K-ABC) 84
拷贝世界(copy of the world) 42
客观事件(objective events) 102
客体(object) 60
客体关系理论(object relation) 60
恐惧(fear) 111
口欲期(oral stage) 57
快乐原则(pleasure principle) 57
快速神经学甄别实验(quick neurological screening test,QNST) 89
框架设置(setting) 204

L

来访者中心疗法(client-centered therapy) 223
理想自我(ideal self) 70
理性情绪疗法(rational-emotive therapy) 214
理性行动理论(theory of reason action,TRA) 151
理智感(rational feeling) 25
力比多(libido) 57
连线测验(trail making test) 91
两极性(bipolarity) 25
临床心理会诊(clinical psychological consultation) 239
临床心理学(clinical psychology) 3
流体智力(fluid intelligence) 35,44

M

美感(aesthetic feeling) 25
面部表情(facial expression) 25
面质(confrontation) 202,207
民族文化(national culture) 42
明尼苏达多项人格调查表(Minnesota multiphasic personality inventory,MMPI) 86
模仿(modeling) 126

N

男子气或女子气量表(Masculinity-femininity,Mf) 87
恼怒(aggravation) 130
内驱力(drive) 57
内射(introjection) 59
内-外向(Introversion-extroversion,E) 88
能力(ability) 34

P

皮肤电反应(galvanic skin response,GSR) 89
偏执(paranoia) 111
评定量表(rating scale) 91
评分(rating) 86
评价(evaluation or appraisal) 103
普遍性干预(universal preventive interventions) 196

Q

气质(temperament) 36
前实验设计(pre-experimental designs) 9
前意识(preconsciousness) 56
前瞻性研究(prospective study) 8
潜伏期(latency stage) 57
潜识或前知觉(pre-perception) 71
潜意识(unconsciousness) 56
倾听(attending) 202
情感(affection) 21
情感反应(reflection of feeling) 202
情结(complex) 56
情境性危机(situational crisis) 236
情绪(emotion) 21
情绪的社会性参照作用(social referencing of emotion) 23
情绪反应(emotional response) 111
情绪关注应对(emotion-focused coping) 105
情绪推理(emotional reasoning) 216
躯体形式障碍(somatoform disorder) 142
群体人格(group personality) 42

R

人格(personality) 28
人格障碍(personality disorder) 142
人际沟通(interpersonal communication) 23
人际互动(interaction) 241
认知过程(cognitive process) 14
认知疗法(cognitive therapy) 214

认知评价模型(cognitive appraisal model of stress) 99
认知行为矫正(cognitive behavior modification) 214

S

闪回(flashback) 111
社会化(socialization) 43
社会环境(social environment) 42
社会角色(social role) 162
社会内向量表(Social Introversion,Si) 88
社会适应能力(social competition) 86
社会支持(social support) 106
社区心理学(community psychology) 196
身段表情(body expression) 25
神经心理学(neuropsychology) 4
神经症性焦虑(neurotic anxiety) 58
神经质(Neuroticism,N) 88
升华(sublimation) 59
生活变化单位(life change units,LCU) 102
生活事件量表(life event scale,LES) 94
生理心理学(physiological psychology) 4
生命周期(life cycle) 44
生态平衡(ecological balance) 41
生物反馈疗法(biological feedback therapy) 213
生物-心理-社会医学模式(biopsychosocial model) 1
生物医学模式(biological medical model) 1
生殖期(genital stage) 57
识记(memorization) 18
实际年龄(chorological age,CA) 83
实验研究(experimental study) 9
实验组(experimental group) 9
使不合格或打折扣(disqualifying or discounting the positive) 216
事件(accident) 67
适应量表(adaptive behavior scale) 84
适应能力商数(adaptive quotient,ADQ) 86
适应行为(adaptive behavior) 86
释义(paraphrase) 77,202
手势(gesture) 26
手术前焦虑(preoperative anxiety) 174
手指敲击测验(the finger tapping test) 90
受者(recipient) 178
双生子(twins) 41
双重关系(dual relationships) 201
睡眠障碍(sleep disorder) 144
思维(thinking) 19
斯坦福-比奈量表(Stanford Binet Scale,S-B) 85
似本能(instinctoid) 68
松弛疗法(relaxation therapy) 212
随和性(agreeableness) 30
损伤指数(impairment index) 91
索引患者(index patient,IP) 230

T

逃避(escape) 112
特质(trait) 105
特质焦虑(trait anxiety) 111
特质研究(trait-oriented approach) 105
特质应对方式问卷(trait coping style questionnaire,TCSQ) 96
体重指数(Body Mass Index,BMI) 158
贴标签(labeling) 217
通情(empathy) 77
同卵双生子(monozygotic twins,MZ) 41
投射(projection) 59
投射性认同(projective identification) 207
图式(schemas) 216
团体心理治疗(group psychotherapy) 234
退化(regression) 59,112

W

外向性(extroversion) 30
网络成瘾障碍(internet addiction disorder,IAD) 155
妄想量表(Paranoia,Pa) 87
危机(crisis) 236
危机干预(crisis intervention) 237
危险行为(risk behavior) 148
危险因素(risk factor) 195
微环境(microenvironment) 120
韦氏成人智力量表(Wechsler Adult Intellingence Scale, WAIS) 84
韦氏量表(Wechsler Scale,W-S) 84
维度(dimension) 25
文化(culture) 42
问题关注应对(problem-focused coping) 105
无条件积极关注(unconditional positive regard) 224
无助(helplessness) 112
物理环境(physical environment) 42
物质滥用(substance abuse) 112

X

习得性无助(learned helplessness) 126
系统干预(systemic intervention) 230

系统(式)思维(systemic thinking) 230
系统脱敏疗法(systematic desensitization) 209
现实焦虑(reality anxiety) 58
现实原则(principle of reality) 57
线段中分试验 (line bisection test) 90
相关研究(correlation study) 9
相遇技术(encounter techniques) 235
想象(imagination) 20
想象暴露(imaginary exposure) 209
效度 F(Validity F) 87
校正分 K(Correction K) 87
效度(validity) 80
协同检验(collaborative empiricism) 220
心境(mood) 24
心理测验(psychological test) 78
心理冲突 142
心理地形学(psychical topography) 56
心理动力学理论(psychodynamics) 56,60
心理动力学治疗(psychodynamic therapy) 204
心理防御机制(defense mechanism) 104
心理干预(psychological intervention) 194
心理环境(mental environment) 42
心理健康(mental health) 45
心理剧(psychodrama) 234,235
心理年龄(mental age,MA) 83
心理评估(psychological assessment) 2,76
心理生理疾病(psychopsysiological diseases) 122
心理生理学(psychological physiology) 4
心理现象(psychological phenomena) 13
心理学干预(psychological interventions) 241
心理学治疗(psychological treatments) 241
心理应激(psychological stress) 98
心理诊断(psychological diagnosis) 76
心理治疗(psychotherapy) 2,197,241
心理咨询(psychological counseling) 2,196
心率变异度(heart rate variability,HRV) 119
心率和血压(heart rate & blood pressure) 119
心身(mind-body) 123
心身反应(psychosomatic response) 109,122
心身疾病(psychosomatic diseases) 122
心身医学(psychosomatic medicine) 4
心身障碍(psychosomatic disorder) 122
心身中介机制(mediating mechanism) 110
心因性(psychogenic) 124
新精神分析(neo-psychoanalysis) 60
信度(reliability) 80
信念(beliefs) 67
信任行走(trust walk) 235
行为疗法(behavior therapy) 208
行为塑造法(behavior modeling) 212
行为医学(behavioral medicine) 4
性格(character) 37
性器期(phallic stage) 57
性行为(sexual behavior) 159
修通(working through) 205
需要(need) 31
需要的层次论(hierarchy of needs theory) 31
酗酒(alcohol abuse) 154
选择性预防干预(selective preventive interventions) 196

Y

压抑(repression) 59
亚文化(subculture) 42
烟草(tobacco) 152
阉割焦虑(anxiety of castration) 57
言语表情(language expression) 26
言语量表(Verbal scale,VS) 85
掩饰 (Lie,L) 88
厌恶疗法(aversion therapy) 211
一般适应综合征(general adaptation syndrome,GAS) 72
医疗服务高使用者(high-utilizers of medical care) 243
医生角色(role of medical practitioner) 180
医学无法解释的躯体症状(medically unexplained physical symptoms,MUS) 243
医学心理学(medical psychology) 1
医学心理咨询(medical psychological counseling) 197
依赖(dependence) 112
移情(transference) 190,205
遗传易感性(genetic predispositions) 118
疑病量表 (Hypochondriasis,Hs) 87
以偏概全(overgeneralization) 217
以人为中心的治疗(person centered psychotherapy) 69,223
异常心理学(abnormal psychology) 3,137
异卵双生子(dizygotic twins,DZ) 41
抑郁(depression) 111,141
抑郁发作(depressive episode) 141
抑郁量表 (Depression,D) 87
抑郁自评量表(self-rating depression scale,SDS) 93
意识(consciousness) 56
意志(will) 27
癔症量表 (Hysteria,Hy) 87

饮食行为(dieting) 156
应对(coping) 96,104
应对策略(coping strategies) 104
应对风格(coping styles) 105
"应该"和"必须"陈述("should" and "must" statement) 217
应激(stress) 24,72,98
应激反应(stress reaction) 109
应激反应模型(response-based model of stress) 99
应激系统(stress system) 108
应激性溃疡(stress ulcer) 114
应激易感性(vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli) 118
应激源(stressors) 101
应急反应(emergency reaction) 72,110,125
有效性(effective) 86
语声知觉测验(the speech-sounds perception test) 90
预防性干预(preventive intervention) 195
员工辅助计划(employees' assistance program,EAP) 230

Z

灾难化(catastrophizing) 111,216
再认(recognition) 18
再现(reproduction) 18
躁狂症量表(Mania,Ma) 87
真诚一致(congruence) 223
真实验设计(true experimental designs) 9
正念减压疗法(mindfulness-based stress reduction, MBSR) 198
正性生活事件(positive events) 102
症状处方(symptom-prescription) 233
知觉(perception) 16
指导性预防干预(indicated preventive intervention) 196
至善原则(principle of ideal) 58
智力(intelligence) 35
智力测验(intelligence test) 83
智力低下(mental retardation,MR) 86
智商(intelligence quotient,IQ) 35,83
置换作用(displacement) 59
主观事件(subjective events) 102
主体间心理治疗(intersubjectivity psychotherapy) 198
注意(attention) 20
状态焦虑(state anxiety) 111
准实验设计(quasi-experimental designs) 9
咨询(counseling) 196
咨询特质(attributes of counseling) 198
咨询心理学(counseling psychology) 3,196
自怜(self-pity) 112
自然环境(natural environment) 41
自杀(suicide) 146
自我心理学(self psychology) 60,198
自我(ego) 57,60,70
自我防御机制(ego defense mechanisms) 59
自我概念(self concept) 70
自我评定(self-report) 86
自我实现(self actualization) 69
自我效能(self efficacy) 150
自我心理学(ego psychology) 60
自由联想(free association) 205
纵向研究(longitudinal study) 8
阻抗(resistance) 205
最大化/最小化(magnification/minimization) 217
做梦(dreaming) 144

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

1. 医用高等数学／第6版
2. 医学物理学／第8版
3. 基础化学／第8版
4. 有机化学／第8版
5. 医学生物学／第8版
6. 系统解剖学／第8版
7. 局部解剖学／第8版
8. 组织学与胚胎学／第8版
9. 生物化学与分子生物学／第8版
10. 生理学／第8版
11. 医学微生物学／第8版
12. 人体寄生虫学／第8版
13. 医学免疫学／第6版
14. 病理学／第8版
15. 病理生理学／第8版
16. 药理学／第8版
17. **医学心理学／第6版**
18. 法医学／第6版
19. 诊断学／第8版
20. 医学影像学／第7版
21. 内科学／第8版
22. 外科学／第8版
23. 妇产科学／第8版
24. 儿科学／第8版
25. 神经病学／第7版
26. 精神病学／第7版
27. 传染病学／第8版
28. 眼科学／第8版
29. 耳鼻咽喉头颈外科学／第8版
30. 口腔科学／第8版
31. 皮肤性病学／第8版
32. 核医学／第8版
33. 流行病学／第8版
34. 卫生学／第8版
35. 预防医学／第6版
36. 中医学／第8版
37. 医学计算机应用／第5版
38. 体育／第5版
39. 医学细胞生物学／第5版
40. 医学遗传学／第6版
41. 临床药理学／第5版
42. 医学统计学／第6版
43. 医学伦理学／第4版
44. 临床流行病学与循证医学／第4版
45. 康复医学／第5版
46. 医学文献检索与论文写作／第4版
47. 卫生法／第4版
48. 医学导论／第4版
49. 全科医学概论／第4版
50. 麻醉学／第3版
51. 急诊与灾难医学／第2版
52. 医患沟通
53. 肿瘤学概论 *

全套教材均为卫生部“十二五”规划教材

全套教材（除 * 外）均为“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

策划编辑　潘　丽　贾晓巍　　封面设计　李　蹊　郭　淼
责任编辑　潘　丽　张　虹　　版式设计　赵京津　李秋斋

本书附赠网络增值服务，激活方法：

1. 注册并登录人卫医学网教育频道（edu.ipmph.com）

2. 点击进入“网络增值服务”，搜索找到本书

3. 点击“激活”并输入“激活码”

人卫医学网 教育
edu.ipmph.com
刮开上网　享受增值

ISBN 978-7-117-17070-3
9 787117 170703
定　价：39.00 元